



HAL
open science

**Influence des représentations des sages-femmes sur
l'accompagnement des grossesses issues de la procréation
médicalement assistée : étude épidémiologique
observationnelle des pratiques professionnelles, par des
entretiens individuels, multicentriques, auprès de 12
sages-femmes de Lorraine entre septembre et décembre
2018**

Marine Trognon

► **To cite this version:**

Marine Trognon. Influence des représentations des sages-femmes sur l'accompagnement des grossesses issues de la procréation médicalement assistée : étude épidémiologique observationnelle des pratiques professionnelles, par des entretiens individuels, multicentriques, auprès de 12 sages-femmes de Lorraine entre septembre et décembre 2018. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04342443

HAL Id: hal-04342443

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04342443v1>

Submitted on 13 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

*Influence des représentations des sages-femmes
sur l'accompagnement des grossesses issues de
la procréation médicalement assistée.*

Etude épidémiologique observationnelle des pratiques professionnelles, par des entretiens individuels, multicentriques, auprès de 12 sages-femmes de Lorraine entre septembre et décembre 2018

Mémoire présenté et soutenu par

Marine TROGNON

Née le 01 Juin 1997

Directeur de mémoire : Joëlle MANGEOT

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2015 - 2019

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

*Influence des représentations des sages-femmes sur
l'accompagnement des grossesses issues de la procréation
médicalement assistée.*

Etude épidémiologique observationnelle des pratiques professionnelles, par des entretiens individuels, multicentriques, auprès de 12 sages-femmes de Lorraine entre septembre et décembre 2018

Mémoire présenté et soutenu par

Marine TROGNON

Née le 01 Juin 1997

Directeur de mémoire : Joëlle MANGEOT

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2015 - 2019

REMERCIEMENTS

A ma directrice de mémoire, Madame Joëlle MANGEOT, pour son accompagnement, son aide et ses conseils durant ces nombreux mois

A mon experte, Docteur Thérèse SCHWEITZER, pour son regard éclairé, son investissement et sa disponibilité

A l'ensemble des sages-femmes qui ont été interviewées et ont porté de l'intérêt à mon étude

A mes parents pour avoir toujours cru en moi et pour avoir fait de moi ce que je suis

A ma sœur, Claire, pour son soutien quotidien et son intérêt pour mon parcours

A William, pour sa présence constante à mes côtés et son amour

A Clémence, pour ces quatre belles années d'études

A mes deux meilleures amies pour leur confiance et leur écoute

Pour finir, merci aux sages-femmes formatrices ainsi que celles qui m'ont accueilli tout au long de mes stages. Merci pour la richesse de de vos enseignements et de nos échanges.

SIGLAIRE :

AMP : Assistance médicale à la procréation

DEUG : Diplôme d'études universitaires générales

DIU : Diplôme inter-universitaire

DU : Diplôme universitaire

FIV : Fécondation in vitro

GEU : Grossesse extra-utérine

ICSI : Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde

LH : Hormone lutéinisante

PMA : Procréation médicalement assistée

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	5
SIGLAIRE :	6
SOMMAIRE	7
INTRODUCTION	9
PARTIE 1 : LA PROCREATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE	11
1. DÉFINITION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION	12
1.1. DÉFINITIONS ET GÉNÉRALITÉS	12
1.2. LES TECHNIQUES DE PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE	15
1.3. VECU DU PARCOURS D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION	17
2. LES REPRESENTATIONS	19
2.1. CONCEPT DE REPRESENTATIONS	19
2.2. INFLUENCE DES REPRESENTATIONS	21
3. PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT	22
3.1. DEFINITION DE L'ACCOMPAGNEMENT	22
3.2. COMPETENCES DES SAGES-FEMMES AU COURS DE LA GROSSESSE ISSUE DE LA PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE.....	23
PARTIE 2 : L'ETUDE	26
4. OBJECTIFS ET HYPOTHESES	27
4.1. LA PROBLEMATIQUE	27
4.2. LES HYPOTHESES.....	27
4.3. LES OBJECTIFS.....	27
5. MATERIEL ET METHODE	28
5.1. TYPE D'ETUDE	28
5.2. POPULATION INTERROGEE.....	28
5.3. CRITERES D'INCLUSION ET CRITERES D'EXCLUSION	28
5.4. CRITERES DE JUGEMENT	29
5.5. RECUEIL DES DONNEES	29
5.6. ASPECTS LOGISTIQUES	29
5.7. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	29
6. RESULTATS	30
6.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION INTERROGEE	30
6.2. REPRESENTATIONS DES SAGES-FEMMES	32
6.3. CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES AU SUJET DE LA PMA.....	34
6.4. PRATIQUES DES SAGES-FEMMES	35
PARTIE 3 : LA DISCUSSION	39
7. ANALYSE DES RESULTATS	40
7.1. LES REPRESENTATIONS DES SAGES-FEMMES	40
7.2. LEURS INFLUENCES SUR L'ACCOMPAGNEMENT	41
7.3. LES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES.....	43
7.4. LES PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT.....	44
7.5. LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES	48
8. DEVENIR DES HYPOTHESES	49

9. DISCUSSION	50
10. PROPOSITIONS	52
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	61
ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN	62
ANNEXE II : FICHE D'INFORMATIONS.....	65

INTRODUCTION

La procréation médicalement assistée est un sujet d'actualité ainsi qu'une aide plus que précieuse proposée aux couples en désir d'enfant et rencontrant des difficultés. En constante évolution, les techniques proposées s'adaptent aux patients en demande et redonnent de l'espoir aux couples concernés.

Ce recours à la science pour aboutir à une grossesse concerne de nombreux couples. De ce fait, la sage-femme est souvent amenée à suivre et à accompagner des patientes présentant des grossesses issues de l'assistance médicale à la procréation. Le parcours de procréation médicalement assistée est une véritable lutte pour la maternité et cette complexité constante qui accompagne la grossesse engendre des représentations propres à chacun. Les représentations sont personnelles et influencent les actions de l'Homme dans son environnement.

Nous nous sommes interrogées sur l'accompagnement de ces grossesses au parcours difficile, par les sages-femmes. En effet, durant mes stages, j'ai noté l'omniprésence de la notion de grossesse précieuse dans les services d'obstétrique.

Dans la littérature, la grossesse issue de la procréation médicalement assistée est décrite comme difficile, associée à des émotions complexes comme à des pathologies particulières. Il existe peu d'études sur l'accompagnement par la sage-femme de ces grossesses. Cependant, beaucoup d'études traitent de la difficulté engendrée lors d'un tel parcours comme des représentations qu'il peut créer.

Les sages-femmes jouent un rôle important auprès de ces femmes qui se battent pour devenir mères. Ces patientes ont une force inépuisable et nous, sages-femmes, devons être présentes lorsque leur confiance s'effrite. Cette importance d'un accompagnement adapté nous a interpellé. Il semble intéressant de mesurer l'impact des représentations sur l'accompagnement que les sages-femmes apportent à ces patientes au parcours d'assistance médicale à la procréation. La problématique est donc la suivante : En quoi les représentations des sages-femmes influencent les pratiques d'accompagnement des patientes qui présentent une grossesse issue de la procréation médicalement assistée ?

Afin de répondre à cette problématique, l'objectif principal de ce travail de recherche est d'identifier la posture des sages-femmes lors du suivi et de l'accompagnement des grossesses issues de l'assistance médicale à la procréation. Les objectifs secondaires sont d'identifier les représentations qu'ont les sages-femmes par rapport à ces grossesses et les différentes

terminologies employées envers les patientes ayant un parcours de procréation médicalement assistée.

La problématique a fait naître diverses hypothèses, elles sont les suivantes : les sages-femmes utilisent un vocabulaire adapté et choisi en fonction de l'histoire compliquée du début de grossesse, les sages-femmes proposent des consultations prénatales de suivi de grossesses rapprochées par rapport à un suivi de grossesse naturelle, les sages-femmes effectuent un suivi de grossesse issue de la procréation médicalement assistée alterné avec un obstétricien, les sages-femmes orientent davantage les patientes présentant une grossesse issue de PMA vers des thérapies alternatives et les sages-femmes possèdent les connaissances concernant les techniques utilisées dans le cadre de la procréation médicalement assistée.

Dans une première partie, nous décrirons les données de la littérature concernant l'assistance médicale à la procréation, les représentations et les pratiques d'accompagnement.

Dans un second temps, nous exposerons l'étude et ses résultats.

Pour finir, dans la troisième partie, nous analyserons les résultats de l'enquête, nous en discuterons et présenterons des propositions.

PARTIE 1 : LA PROCREATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

1. DÉFINITION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

1.1. DÉFINITIONS ET GÉNÉRALITÉS

L'infertilité est un problème majeur de santé publique touchant à l'heure actuelle 10% des couples souhaitant avoir un enfant. Ce problème concerne aussi bien la femme que l'homme, et sa répartition dans la population ne fait qu'augmenter depuis plusieurs années. Parfois vu comme un problème n'affectant qu'une minorité, ce n'est en rien la réalité. En 2015, 3,1% des enfants nés en France sont issus d'un parcours de procréation médicalement assistée, ce qui correspond à une naissance sur trente-deux. L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) en France en 2015, c'est 145000 tentatives, aboutissant à 25000 naissances. Il existe donc 10 à 22% de chances de voir aboutir une grossesse, selon la technique et le profil des membres du couple. Après un parcours AMP d'une durée d'un an, 18 à 24% restent sans enfant, et 8 à 11% après 2 ans. [1] [2] [3]

La fertilité est la capacité de concevoir, c'est un potentiel. L'infertilité quant à elle est une incapacité pour un couple d'aboutir à une grossesse après un an de relations sexuelles régulières non protégées. Cette infertilité peut être primaire, dans ce cas aucune grossesse n'est arrivée. Contrairement à l'infertilité secondaire, où il y a eu une grossesse auparavant, au minimum, et le couple n'arrive plus à concevoir.

Les causes de l'infertilité, qu'elle soit primaire ou secondaire, sont nombreuses et variées. En effet, 20% sont d'origine masculine, 30% d'origine féminine, et plus de 40% sont mixtes. Toutefois, 10% des infertilités restent inexplicables, la cause n'étant pas clairement identifiée. Les causes masculines sont dans 52% des cas dues à une anomalie de la spermatogenèse comme la diminution de la qualité des spermatozoïdes. Les 48% restants sont expliqués par des anomalies mécaniques ou obstructives. Une augmentation du cancer des testicules, la cryptorchidie, l'hypospadias sont des explications possibles et davantage présentes aujourd'hui. Les causes d'infertilité touchant la femme sont diverses. De ce fait, 48% sont dues à une aménorrhée ou à un trouble de l'ovulation, 35% à des troubles tubaires et 11% à l'endométriose. L'âge et la ménopause précoce sont incriminés dans 5% des cas, le 1% restant inclut les autres

causes plus rares. [4][5]

Les causes d'infertilité peuvent être classées et expliquées. En effet, des causes génétiques comme l'aneuploïdie, le syndrome de Klinefelter et les anomalies anatomiques congénitales provoquent l'infertilité. L'environnement peut également être incriminé avec les perturbations hormonales et divers traitements médicamenteux. La dépression et le recul de l'âge du premier enfant sont des causes sociales favorisant les difficultés à concevoir. En effet, l'avancée professionnelle dans les pays développés, de la femme, rendent difficile la conception puisqu'à 25 ans il existe une première diminution de la fécondité, à 40 ans les chances de concevoir sont inférieures à 10%. L'âge moyen du premier enfant en 1977 était de 26,5 ans pour la femme, contre 30,4ans en 2016. 21,3% des femmes ont aujourd'hui leur premier enfant après 35ans, et 4,1% après 40 ans. Enfin, des causes comportementales existent avec les habitudes de vie, les infections sexuellement transmissibles et les relations sexuelles irrégulières. [6] [7] [8]

Concevoir reste un désir naturel qui peut se voir heurté par des difficultés diverses. Ces difficultés concernent 500 000 couples par an en France, ces derniers étant alors amenés à consulter. A l'heure actuelle, un couple sur dix a recours à une fécondation in vitro pour devenir parents. C'est en 1978, en Grande-Bretagne, que le premier bébé éprouvette a vu le jour. En France, il a fallu attendre 1982 pour accueillir ce premier bébé miracle. Toutefois, les premières aides à la fécondation se sont déroulées au XVIIIème siècle en Ecosse sous la forme d'inséminations artificielles intra-conjugales. En France, ces dernières ont été réalisées à partir du XIXème siècle. Depuis la recherche et les performances ne sont qu'évolution. 100 centres d'aide à la procréation médicale sont répertoriés en France en 2015 et 91 autres structures ne pratiquent que des inséminations intra-utérines. La recherche n'est pas en reste, puisqu'une meilleure sélection des gamètes, des embryons implantables ainsi qu'une meilleure connaissance des cycles propres à la femme et un suivi des enfants issus d'AMP sont l'objet de développement.

En France, les avancées de l'AMP sont étroitement liées à l'évolution des lois. En effet, la loi de bioéthique de 1994, modifiée en 2011, régit les pratiques de procréation

médicalement assistée. Le recours à la PMA est autorisé aux couples pour lesquels une infertilité est médicalement prouvée, ou dans le but d'éviter la transmission d'une maladie génétique. Lors du parcours PMA, une cause d'infertilité peut être clairement décelée, ou une absence de conception est simplement constatée. Les membres du couple doivent être en âge de procréer, mariés ou vivants en concubinage. La procréation médicalement assistée n'est, à l'heure actuelle, pas ouverte aux couples homosexuels, aux femmes seules et la gestation pour autrui est un délit. Le double don de gamètes est également prohibé. En juin 2017, le comité national d'éthique a évoqué une possible ouverture de l'AMP aux couples de femmes homosexuelles et aux femmes seules. Récemment, les Etats généraux d'Ethique ont eu lieu en 2018, courants de janvier à avril et traitant notamment de l'ouverture des droits de procréation médicalement assistée. Un projet de loi devrait être proposé par le Gouvernement en 2019, après analyse des données recueillies lors des Etats généraux.

La loi régit aussi les filiations puisque le don de gamètes fait apparaître une autre dimension de filiation. Lorsqu'il s'agit d'une procréation intra-conjugale, les règles de filiation sont les mêmes qu'en cas de conception naturelle. Dans le cas du don de gamète, le couple receveur doit donner son consentement à un juge ou à un notaire ce qui interdit alors toute action pour établir une autre filiation ou contester la première. Si l'enfant n'est pas issu de l'AMP ou si le consentement est invalide, ce dernier est annulé. Enfin, dans le cas de l'accueil d'un embryon, un consentement est également donné à un juge qui contrôle alors les conditions d'accueil sur le plan familial, éducatif, psychologique. Il délivre alors une autorisation valable 3 ans. [9] La procréation médicalement assistée est donc l'aide de la science à l'obtention d'une grossesse en favorisant la rencontre entre un gamète mâle et un gamète femelle. Généralement, après 9 à 12 mois d'échecs, les couples font appel à l'AMP où une insémination artificielle est d'abord proposée. Après 3 à 6 échecs, une fécondation in vitro est proposée. Si les spermatozoïdes sont altérés, ou si les taux de réussite sont faibles, une Fécondation In Vitro avec Injection intra-cytoplasmique du spermatozoïde (FIV ICSI) est proposée. En France, la prise en charge est assurée à 100% par l'assurance maladie, elle concerne 6 inséminations artificielles et quatre fécondations in vitro jusqu'à ce que la grossesse soit visible à l'échographie, et ce jusqu'au 43ème anniversaire de la patiente.

1.2. LES TECHNIQUES DE PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE

La procréation médicalement assistée consiste à manipuler un ovule et/ou un spermatozoïde afin de favoriser l'obtention d'une grossesse. Diverses techniques servent à pallier à des difficultés à concevoir sans nécessairement traiter la cause de l'infertilité. Pour chaque couple, la technique la plus appropriée est choisie.

L'insémination artificielle est la technique la plus simple et la moins coûteuse. Elle consiste à recueillir le sperme du conjoint et à l'injecter au sein de l'utérus de la patiente, de façon synchrone à l'ovulation. Elle représente 37% des techniques d'AMP, soit 54000 tentatives en 2015. Avant cette insémination, un traitement hormonal est prescrit pour provoquer une stimulation ovarienne afin de voir se développer un à trois follicules matures. Le développement folliculaire est suivi par échographie et par des dosages hormonaux sanguins. De ce fait, la surveillance d'une réponse non excessive est réalisée, afin d'éviter des grossesses multiples. Une fois le follicule mature, l'insémination artificielle est réalisée avec l'insertion d'un cathéter au fond de la cavité utérine. L'insémination artificielle n'est pas licite en cas d'obstruction tubaire bilatérale, d'une concentration faible en spermatozoïdes, ou encore si la patiente est âgée de plus de 38 ans. Dans ces cas, la FIV +/-ICSI est proposée. [10] [11] [12]

D'autre part, la fécondation in vitro est la rencontre entre un ovule et un spermatozoïde en laboratoire. In vitro signifie à l'extérieur du corps de la femme. Plus de 10 000 enfants sont nés de cette méthode. Elle correspond à 63% des techniques réalisées au sein de l'AMP. Cette technique peut être effectuée avec les gamètes des deux membres du couple, ou avec un don de gamètes. La première étape est la stimulation ovarienne par les gonadotrophines. Ensuite, les follicules matures sont prélevés et le sperme recueilli. Les spermatozoïdes sont alors mis en contact des ovocytes dans un milieu de culture à 37°C. Les ovocytes fécondés deviennent zygotes, puis embryons. Deux à cinq

jours après la fécondation, le transfert est effectué dans l'utérus avec ou sans contrôle échographique. Le nombre d'embryons transférés dépend de l'âge de la femme et de la stratégie de prise en charge du centre. Le nombre de grossesses multiples et leurs complications sont donc diminués par l'augmentation des transferts d'un unique embryon. Les autres embryons seront congelés pour un éventuel transfert ultérieur. En effet, plus de 90% survivent à la décongélation. [13] [14]

La FIV-ICSI, correspondant à 67% des FIV réalisées, consiste à l'injection directe d'un spermatozoïde sélectionné dans un ovocyte, sous microscope. Cette technique existe depuis 1992 et à l'heure actuelle, 22 naissances aboutissent pour 100 tentatives effectuées.

Dans ces deux techniques, un prélèvement d'ovocytes est nécessaire. Il est réalisé par ponction transvaginale échoguidée sous anesthésie locale ou parfois générale. Une aiguille aspire le liquide folliculaire. Dans ce dernier, les ovocytes seront recherchés puis mis en culture. Pour que la ponction soit optimale, une stimulation, puis un monitoring de l'ovulation est effectué. Il peut se faire en protocole antagoniste court qui dure 15 jours environ. Au sixième jour de stimulation, un antagoniste est ajouté pour inhiber tout pic de LH prématuré. L'ovulation est déclenchée ensuite vers le douzième jour, et trente six heures après celle-ci, la ponction d'ovocytes est réalisée. Dans d'autres cas, un protocole long avec agoniste est proposé, il dure environ trente jours. Suite à cette ponction, le transfert du ou des blastocystes se fera cinq jours après la fécondation, parfois 6. En cas de risque d'hyperstimulation ovarienne, une vitrification des embryons sera effectuée, suivie d'un transfert d'embryon congelé différé.

Une autre alternative pour les couples ayant épuisé toutes les ressources thérapeutiques classiques est l'accueil d'embryon. Cette technique consiste à recevoir un embryon congelé issu d'un autre couple. Dans la majorité des cas, cette technique n'est acceptée que jusqu'au 43ème anniversaire de la patiente. En 2015, pour 145 embryons transférés, 27 naissances ont vu le jour. A l'heure actuelle, une centaine de couples sont éligibles mais restent dans l'attente. Aujourd'hui plus de 221 000 embryons sont stockés en

France. Leur devenir dépend du choix du couple. En effet, ils peuvent choisir de conserver les embryons congelés précédemment afin de poursuivre leur projet parental. Le don à la recherche est également possible, tout comme le don à un autre couple. Enfin, ils peuvent choisir de détruire ces embryons. En 9 ans, le nombre d'embryons congelés a augmenté de 25% et plus de 70% sont conservés pour la poursuite d'un projet parental. Toutefois, 15% ne répondent pas aux relances, les embryons seront donc détruits après cinq ans.

Concernant les grossesses issues de la procréation médicalement assistée, une implantation tubaire est possible : le taux de Grossesse extra-utérine (GEU) passe de 1% dans la population générale à 4% dans la population ayant recours à la PMA. Les avortements spontanés sont également plus courants, ce n'est pas dû à la technique mais davantage aux caractéristiques de la population traitée. En effet, 20% d'avortements spontanés ont lieu contre 15% en cas de grossesse spontanée. De plus, le risque d'avoir une grossesse multiple est de 20% contre 1% en population générale. Les taux de prématurité et de mortalité périnatale augmentent donc avec les grossesses multiples, mais même les grossesses uniques sont plus à risque quand elles sont issues de l'AMP. Lors d'une grossesse issue de l'assistance médicale à la procréation, il n'y a pas plus d'anomalies de développement constatées. Pour la patiente, les risques potentiels sont donc les risques associés à la grossesse multiple, le risque de grossesse ectopique et le risque de réponse excessive lors de la stimulation c'est à dire un syndrome d'hyperstimulation ovarienne. Pour l'embryon, le recul actuel permet de conclure qu'il n'y a pas d'effets nocifs dus aux techniques. Toutefois, pour la patiente ou pour le couple, il existe des conséquences psychologiques de ce parcours long et difficile. [15] [16] [17] [18]

1.3. VECU DU PARCOURS D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Le parcours de procréation médicalement assistée est vécu comme une véritable épreuve mais également comme un vrai espoir. En effet, en Europe sont nés, depuis 1987, plus d'un million quatre cent mille enfants grâce à l'assistance médicale à la

procréation. Mais ce parcours n'est autre qu'une aventure éprouvante pour le couple, il est associé à l'image de montagnes russes émotionnelles. C'est une épreuve soudant un peu plus les couples qui s'entendent bien, et qui peut entacher ceux qui sont davantage fragiles. Effectivement, l'intimité peut paraître comme violée. Pendant les FIV, nombreux couples cessent toute activité sexuelle car faire l'amour est assimilé à un possible nouvel échec. De plus, les membres du couple peuvent se sentir usés des rapports obligatoires à dates impératives et la libido peut se voir diminuer en conséquence des traitements.

Au delà d'accepter les modifications des représentations de la fertilité, de l'intégrité corporelle et de l'image de la féminité, il faut réussir à intégrer que la conception de cet enfant tant désiré, imaginaire et idéalisé ne sera pas naturelle, plaisante et privée mais un processus difficile, long et impliquant un tiers. Là existe une première difficulté puisque le projet d'enfant est inconsciemment présent depuis la petite enfance par les jeux notamment. [16] [17] [19] [20]

Pour le docteur Miguel Jean, « *Prendre la route de la FIV ce n'est pas seulement combler le vide d'une absence : c'est prouver la confiance qu'on a en l'avenir* ». En effet, le désir de grossesse ne peut s'inscrire que dans un projet commun et l'AMP a pour but de répondre à la demande parentale d'un couple. Aujourd'hui, ces services ont fait de grands progrès pour accompagner les patients. Ces derniers peuvent en ressentir le besoin car ils sont envahis d'un sentiment d'injustice, de frustration voire même de désespoir. Lorsqu'une grossesse est enfin obtenue, c'est une fin en soi et une nouvelle source de joie immense. Toutefois, l'inquiétude s'exacerbe et l'angoisse devient plus profonde. L'accompagnement des services d'AMP permet aux futurs parents de se rassurer, puisque 94% des grossesses arrivent à terme après que les premiers battements de cœur ont été perçus.

Le parcours de l'AMP peut être d'autant plus anxiogène, voire dépressif si les patients ont recours à un don de gamète. De plus, l'attente pour un don est problématique et propre à ce dernier. Il faut faire le deuil d'un enfant biologique et distinguer filiation génétique et gestationnelle. Monique Bydlowski, écrivaine, évoque le don d'ovocyte comme « *une nouvelle dette envers la donneuse* » alors que « *la grossesse rembourse la dette de vie* ». [21] [22] [23] [24] [25] [26]

2. LES REPRESENTATIONS

2.1. CONCEPT DE REPRESENTATIONS

Les représentations sont l'objet d'étude des sciences humaines depuis le XIX^{ème} siècle, repris par Moscovici, psychologue renommé, en 1961. Depuis, de plus en plus de chercheurs de différents domaines se sont intéressés à ce sujet.

C'est un concept fondamental et transdisciplinaire qui permet de comprendre et d'étudier les rapports sociaux et comportements humains, sans les déformer ni les simplifier. Mannoni, psychanalyste, dit qu'elles sont à la base de notre vie psychique, et Clenet, écrivain, ajoute que les représentations sont construites par une personne ou un collectif. Elles sont le lien le plus intime avec l'organisation et avec l'environnement dans lequel elles se situent. Il est possible de les comprendre comme des aspects cognitifs et sociaux de la relation entre un individu, le monde et l'action avec lui-même.

Un acteur important dans la compréhension des représentations et de leurs influences est Moscovici. Ce dernier a analysé en 1989, une notion ancienne utilisée à l'origine en philosophie. Par la suite, Durkheim sera évoqué, quant à lui, comme le père du concept de représentations. Une hypothèse a émergé de son esprit, il serait possible d'expliquer les phénomènes humains à partir des représentations et des actions que ces dernières autorisent. De cette hypothèse, il distingue deux vastes classes de formes mentales d'opinions et de savoirs, sans réelle distinction. Il s'agit des représentations collectives, qui apparaissent dominantes et des représentations individuelles.

En effet, en grandissant l'enfant acquiert une autonomie de ses propres représentations, évoluant avec les rapports qu'il entretient avec la société.

Freud évoque lui aussi la genèse des représentations individuelles issues de la confrontation de l'action, des représentations individuelles préalables et collectives, ainsi que leurs influences sur le conscient et l'inconscient de l'Homme.

De toutes ces réflexions sont nées des catégories plus précises de représentations. Les représentations sociales sont celles qui naissent de l'interaction entre l'individu et la société. Il existe des représentations générées et générantes. En effet, avec ces dernières les interactions comptent énormément. Ces représentations sont à la fois processus et produit, elles se construisent, se valident, se transforment dans l'interaction entre pensées et actions.

Elles sont produits de l'esprit de l'humain, il recrée en lui une image complexe de son environnement afin de mieux penser et agir avec lui.

Les représentations sont une interface symbolique entre l'individu et l'environnement qu'il perçoit. En effet, les représentations construites par l'individu permettent à ce dernier de régler sa conduite, elles sont comme des grilles de lecture, des guides d'action pour l'individu. Ce sont des modèles explicatifs, des codes permettant à chacun de trouver un sens, une signification à l'environnement.

Les représentations sont comme un système d'interprétation par lequel l'individu interagit avec le monde qui l'entoure. Elles ont donc un rôle essentiel dans le comportement du sujet, orientant et organisant les conduites et communications sociales.

Les représentations individuelles se construisent par l'interprétation avec son environnement, elles forment un tout cohérent et personnel servant à organiser les actions. Elles sont propres à chaque individu et donc variables. C'est le substrat de la conscience de chacun.

Les représentations collectives, quant à elles, sont partagées par un groupe social. Elles sont spécifiques à chaque individu, toutefois un noyau commun est partagé. Elles définissent des modes de pensées au sein d'un groupe.

Les représentations sociales, interactions entre l'individu et les groupes, sont les plus récentes. [27] [28]

Les représentations sont donc interindividuelles, intergroupes et idéologiques. C'est un

outil puissant dans l'étude de l'Homme et de ces comportements.

2.2. INFLUENCE DES REPRESENTATIONS

20000 enfants par an, soit 2,4% des naissances sont issues de l'assistance médicale à la procréation. C'est un parcours long et difficile, générant du désespoir, de la peur, de la solitude, ou encore de l'injustice associée à de l'anxiété, à la colère et à la culpabilité mais aussi à l'espoir et la détermination. De multiples émotions sont ressenties par les couples lors de leur parcours PMA. Le contexte relationnel dans lequel survient la grossesse est une dimension structurante dans la poursuite d'une grossesse. La plupart du temps, un parcours PMA se fait dans le cadre d'un projet de couple, à un moment où la trajectoire de la vie familiale est très importante. De plus, que ce soit une première grossesse ou non, le passé obstétrical de la patiente oriente et conditionne en partie les modalités de suivi et de prise en charge des professionnels de santé.

Les conséquences psychologiques de ce parcours sont variables, allant de la perte de confiance en soi, au peur du nouvel échec ou encore à l'appréhension des douleurs. Les répercussions sur le vécu d'une nouvelle grossesse et le lien mère-enfant sont non négligeables. La sage-femme doit donc prendre en compte cet éventuel traumatisme pouvant affecter le vécu de la grossesse. L'accompagnement se doit donc d'être axé sur l'écoute et la compréhension des événements passés. Ils peuvent être un frein dans le bon déroulement de la grossesse. Le professionnel ne doit pas hésiter à orienter vers un groupe de paroles, une association de parents...

L'appréhension des premiers mois marquée parfois par le passé, se traduit par des consultations plus nombreuses au près du médecin, ainsi que d'avantages d'exams complémentaires. C'est en effet la traduction des angoisses du couple.

Toutes ces difficultés psychiques qui accompagnent les parcours de procréation médicalement assistée, tout comme les difficultés relationnelles et les inquiétudes du couple forment un environnement complexe engendrant des représentations chez le professionnel de santé. Afin de gérer cet environnement créé de multiples émotions, allant du désespoir à la détermination, les représentations engendrées dans l'esprit du

professionnel de santé vont le guider dans ses actions, ses comportements auprès de ces patientes. Elles sont des codes qui aident le professionnel de santé à comprendre et à appréhender l'environnement qui l'entoure, et régissent ses actions et son comportement afin d'intervenir au mieux auprès de ces couples, dans un environnement complexe composé d'émotions fortes. [29] [30]

3. PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT

3.1. DEFINITION DE L'ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement consiste à soutenir, à assister une personne. C'est mettre à disposition des informations pour aider à la compréhension du processus qu'est la grossesse. Le professionnel, par son accompagnement, va soutenir la patiente pour s'assurer de son bien-être. Le professionnel de santé se doit d'être à l'écoute, pour toutes questions ou remarques, plaintes ou requêtes, et accompagne la patiente bien au delà des aspects techniques. Par cette écoute et ce soutien, la dimension humaine est respectée, tant au cours des démarches diagnostiques que thérapeutiques. Le professionnel de santé doit donc effectuer un accompagnement humain de qualité. En effet, le praticien s'adresse à l'être humain sous toutes ses dimensions, quelles soient corporelles, affectives, mentales, organiques, émotionnelles ou existentielles. [29] [30] [31]

L'accompagnement offre à la patiente l'opportunité d'une découverte de ses ressources. La future maman se voit offrir la possibilité de conquérir de la confiance en soi et de l'espoir. Les valeurs personnelles de chacune sont alors respectées. [32] [33] [34]

La sage-femme doit adopter une écoute bienveillante, un soutien efficace ainsi qu'un accompagnement humain s'adaptant à chaque étape de la grossesse. Par cet accompagnement positif, la patiente apprend la gestion du stress comme des surcharges émotionnelles pouvant l'envahir. Rassurée et écoutée, elle peut retrouver la confiance en soi et un optimisme nécessaire au bon déroulement de sa grossesse. La patiente se voit réinvestir de manière positive son corps, et s'approprie sa grossesse. Toutes les patientes ont besoin d'être accompagnées et soutenues. Pour celles qui en ressentent le besoin, un

soutien psychologique ou une consultation auprès d'un psycho-sexologue peuvent être proposés.

L'accompagnement fourni par le praticien se résume donc par « aider », « expliquer » et « rassurer », « orienter » [35]

3.2. COMPETENCES DES SAGES-FEMMES AU COURS DE LA GROSSESSE ISSUE DE LA PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE

Lorsqu'une grossesse est issue de la procréation médicalement assistée, le suivi ultérieur et le lieu d'accouchement sont laissés au libre choix de la patiente, du couple. En effet, la grossesse, lorsqu'elle se déroule de manière physiologique, est suivie dans les mêmes conditions qu'une grossesse obtenue naturellement, même si les grossesses issues d'AMP sont plus à risque qu'une grossesse « lambda ». Toutefois, la Haute Autorité de Santé recommande ainsi un suivi A1 dans une unité d'obstétrique lorsqu'un traitement d'infertilité a duré plus d'un an. Cela signifie que, selon le choix de la femme, un suivi régulier par une sage-femme ou un gynécologue obstétricien peut être assuré, et l'avis d'un gynécologue-obstétricien est conseillé. [36] [37] [38] [39]

La sage-femme exerce une profession médicale possédant des compétences définies. Les activités qui lui sont autorisées sont précisées dans le Code de santé publique et dans le code de déontologie propre à la profession. L'article L4127-1 stipule d'ailleurs qu' « un code de déontologie, propre à chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, préparé par le conseil national de l'ordre intéressé est édicté sous la forme d'un décret en conseil d'Etat ».

En particulier, l'exercice général des sages-femmes est défini par les articles L4151-1 à L4151-4 du Code de la santé publique. Des éléments portant sur l'accompagnement des grossesses, incluant les grossesses issues de l'assistance médicale à la procréation ayant un déroulé physiologique, émergent.

En effet, la sage-femme est autorisée à pratiquer les actes étant nécessaires au diagnostic et à la surveillance de la grossesse. Lorsque la situation est pathologique, la sage-femme doit faire appel à un médecin, elle peut pratiquer les soins prescrits par ce

dernier en cas de grossesse pathologique. De plus, la sage-femme peut prescrire les examens strictement nécessaires à l'exercice de sa profession, ainsi que les médicaments d'une classe thérapeutique qui figurent sur la liste fixée par le ministre de la santé, après avis de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Le référentiel métier quant à lui définit les compétences des sages-femmes et proposent des situations type en fonction des champs d'activité.

Afin de comprendre le rôle des sages-femmes dans la prise en charge, il est important de différencier « être compétent » et « avoir des compétences ».

Être compétent, c'est être capable d'agir dans une situation de soins, de manière pertinente et avec compétence. Il s'agit de mettre en œuvre une pratique professionnelle qui soit pertinente en fonction des exigences et des contraintes particulières de la situation, ainsi que de mobiliser des ressources adaptées à celle-ci.

En revanche, avoir des compétences signifie avoir des ressources permettant d'agir avec pertinence et compétence, dans cette même situation de soins. C'est donc une condition nécessaire mais non suffisante pour être compétent. [40]

Pour améliorer leurs compétences et leurs connaissances en matière d'AMP et de suivi de grossesse, les sages-femmes peuvent avoir recours à des formations complémentaires afin d'exercer plus aisément. Il existe des diplômes universitaires comme celui traitant de la prise en charge en pratique d'infertilité conjugale, ou encore « AMP : prise en charge clinique, biologique et génétique », ainsi que « Agence de la biomédecine : place des sages-femmes dans l'accompagnement de l'AMP ». Des diplômes inter-universitaires ont également été créés, accessibles aux sages-femmes.

Pour finir, des congrès annuels sont organisés, comportant des sessions spéciales sages-femmes, par exemple « la fédération française d'étude de la reproduction » (FFER), « congrès de la société de médecine de reproduction » (SMR) ou « la journée annuelle de l'AMP de l'hôpital américain de Paris ».

Certaines se forment à la sophrologie ou à l'hypnose afin de se procurer une autre forme

d'accompagnement. [41] [42] [43][44]

Toutes ces possibilités sont le moyen pour les sages-femmes d'être compétentes dans l'accompagnement des grossesses issues de PMA qui se déroulent de manière physiologique. [45]

PARTIE 2 : L'ETUDE

4. OBJECTIFS ET HYPOTHESES

4.1. LA PROBLEMATIQUE

De mon expérience professionnelle, a émergé une problématique : En quoi les représentations des sages-femmes influencent les pratiques d'accompagnement des patientes qui présentent une grossesse issue de la procréation médicalement assistée ?

4.2. LES HYPOTHESES

J'ai émis plusieurs hypothèses à ce sujet :

- Les sages-femmes utilisent un vocabulaire adapté et choisi en fonction de l'histoire compliquée du début de grossesse
- Les sages-femmes proposent des consultations prénatales de suivi de grossesse rapprochées par rapport à un suivi de grossesse naturelle.
- Les sages-femmes effectuent un suivi de grossesse PMA alterné avec un obstétricien.
- Les sages-femmes orientent davantage les patientes présentant une grossesse issue de PMA vers des thérapies alternatives.
- Les sages-femmes possèdent les connaissances concernant les techniques utilisées dans le cadre de la procréation médicalement assistée.

4.3. LES OBJECTIFS

L'objectif principal a été d'identifier la posture des sages-femmes lors du suivi et de l'accompagnement des grossesses issues de l'AMP.

Les objectifs secondaires ont été d'identifier les représentations qu'ont les sages-femmes par rapport aux grossesses issues de procréation médicalement assistée et les différentes

terminologies employées envers les patientes ayant un parcours de procréation médicalement assistée.

5. MATERIEL ET METHODE

5.1. TYPE D'ETUDE

Afin de confirmer ou d'infirmier mes hypothèses, j'ai réalisé une étude épidémiologique observationnelle des pratiques professionnelles, par des entretiens individuels, multicentriques.

5.2. POPULATION INTERROGEE

La population interrogée a été composée de 4 sages-femmes du CHR Metz-Thionville, 2 sages-femmes du Centre Hospitalier de Verdun, 2 sages-femmes de l'Hôpital de Mont Saint Martin, 2 sages-femmes du Centre Hospitalier de Briey et 2 sages-femmes libérales l'une exerçant en cabinet rural, l'autre en cabinet de ville, entre Septembre 2018 et Décembre 2018. La population a été composée de 12 sages-femmes. Les entretiens ont duré entre 15 et 35 minutes.

5.3. CRITERES D'INCLUSION ET CRITERES D'EXCLUSION

Les sages-femmes hospitalières ont exercé dans les services de grossesses à risque, d'urgences gynécologiques, de salle de naissance ou de consultations.

Les sages-femmes qui n'ont pas exercé dans ces services, ainsi que les sages-femmes ayant travaillé dans un service d'AMP ont été non incluses.

Les sages-femmes ne souhaitant pas répondre ont été exclues de l'étude.

5.4. CRITERES DE JUGEMENT

Des critères de jugement en liens avec les hypothèses précédemment citées ont été utilisés. Le critère de jugement principal a été les mots clés employés par les sages-femmes pour accompagner et rassurer les patientes dont le parcours a été difficile. Les critères de jugement secondaires ont été le nombre de consultations lors du suivi de grossesse auprès d'une sage-femme, ainsi que le nombre de patientes consultant également un obstétricien. Le nombre de thérapies alternatives proposées et les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur les techniques de PMA ont été des critères de jugement secondaires.

5.5. RECUEIL DES DONNEES

Le recueil de données a été effectué par des entretiens individuels et anonymisés semi-directifs, enregistrés puis retranscrits. Un guide d'entretien a été réalisé et testé en amont avec l'aide de sages-femmes enseignantes et d'étudiantes sages-femmes. Le guide d'entretien a été divisé en trois parties afin de répondre aux différents objectifs de l'enquête. La première partie a évoqué les représentations des sages-femmes au sujet des grossesses issues de la procréation médicalement assistée. La seconde partie a traité des connaissances des sages-femmes sur le sujet de l'assistance médicale à la procréation. Enfin, la troisième partie a interrogé sur les pratiques réelles et actuelles des sages-femmes interrogées, lors de la prise en charge des patientes ayant eu recours à la PMA.

5.6. ASPECTS LOGISTIQUES

La méthode d'analyse de données a été réalisée par comparaison de pourcentages.

5.7. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Les participants à l'étude ont répondu de manière anonyme et sur la base du volontariat.

6. RESULTATS

Douze entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de dix sages-femmes hospitalières et deux sages-femmes libérales. La totalité des entretiens a été interprétable. Trois thèmes ont été abordés : les représentations des sages-femmes, les connaissances des sages-femmes au sujet de la procréation médicalement assistée et les pratiques des sages-femmes. Enfin, leurs données personnelles ont été également recueillies. Les entretiens ont été enregistrés, anonymisés puis retranscrits après accord des sages-femmes sélectionnées aléatoirement et interrogées.

6.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION INTERROGEE

91,7% des sages-femmes interrogées ont été des femmes. L'année d'obtention de leur diplôme a été également demandée aux interrogées. Elles ont été réparties en fonction des évolutions des lois de bioéthique traitant sur le sujet de la procréation médicalement assistée. De ce fait, quatre groupes ont été créés en fonction des données de l'époque et donc des connaissances apportées lors de leurs études. Un premier groupe a répertorié les sages-femmes diplômées avant 1994 soit avant la mise en place des lois traitant de l'AMP, un deuxième groupe a compris les sages-femmes diplômées entre 1994 et 2004, c'est à dire avant la première révision des lois de bioéthique. Puis un troisième groupe a réuni les sages-femmes qui ont obtenu leur diplôme entre 2004 et 2011, soit avant la deuxième révision de ces lois. Enfin, les sages-femmes diplômées après 2011, c'est à dire celles qui ont eu notion des connaissances actuelles lors de leur cursus universitaire ont été regroupées. Ces données ont été retranscrites dans la figure 1.

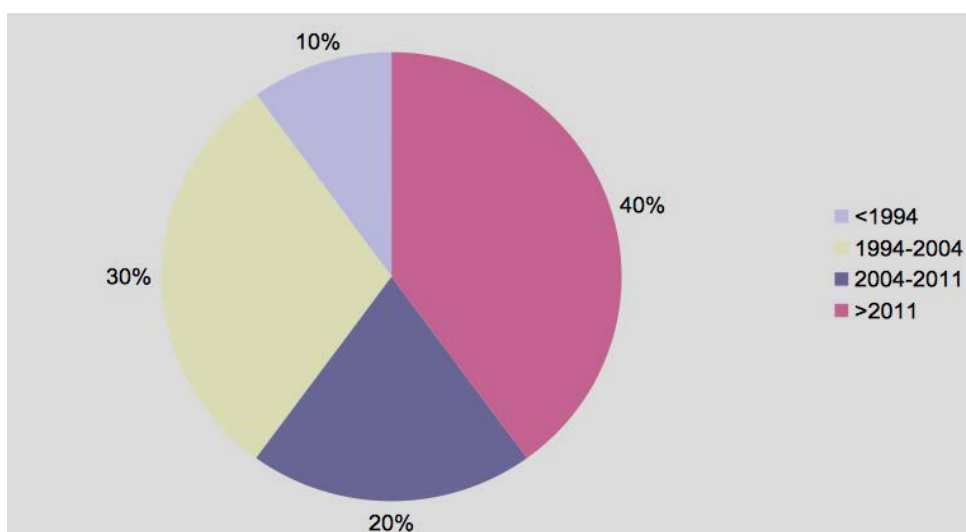


Figure 1 : Année d'obtention du diplôme en rapport avec l'avancée des lois de bioéthique, population n=12

Les services où ont exercé les sages-femmes interrogées ont été également demandés. Les résultats ont été traités dans la figure 2. Elles ont exercé parfois dans plusieurs services.

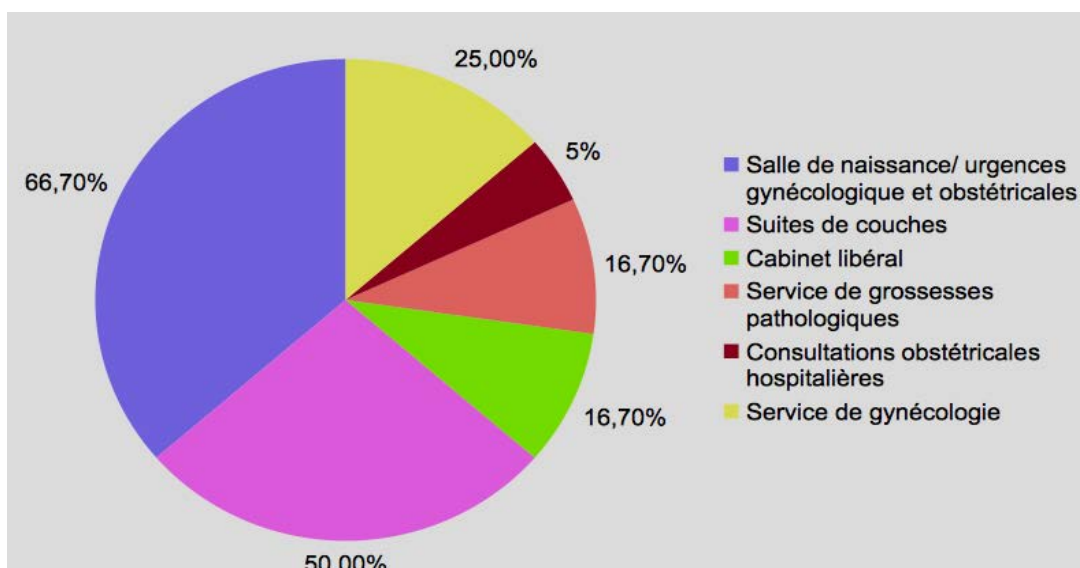


Figure 2 : Services d'exercice

Enfin, 58,3% des sages-femmes ayant été interviewées n'ont pas eu de formation diplômante ou non diplômante autre que le diplôme d'Etat de sage-femme. Pour les

41,7% ayant fait des formations autres, 25% ont possédé un diplôme universitaire (DU) de gynécologie et de contraception, 12,5% ont validé un diplôme inter-universitaire (DIU) en droit médical, 12,5% également ont possédé un diplôme d'études universitaires générales (DEUG) en psychologie. De plus, 12,5% ont validé un diplôme universitaire d'allaitement maternel et 12,5% avaient reçues une formation d'ostéopathie non diplômante. 12,5% également avaient effectué une formation d'acupuncture non diplômante et enfin les 12,5% restants ont assisté à une formation sur le suivi et la contraception non diplômante.

6.2. REPRESENTATIONS DES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes ont été interrogées au sujet des représentations qu'engendraient, chez elles, les grossesses issues de l'assistance médicale à la procréation.

6.2.1. VERBATIM

Les trois premiers mots leur venant à l'esprit à l'évocation des grossesses issues de PMA leur ont été demandés. 41,2% des interrogées ont répondu des mots clés tenant du lexique des émotions, à savoir l'angoisse, le stress, la difficulté, et en conséquence la nécessité d'une réassurance et d'un accompagnement. 20,6% ont illustré les grossesses PMA comme des grossesses précieuses et très fortement désirées. D'autre part, pour 17,7% des sages-femmes, les grossesses issues de l'AMP évoquaient la stérilité et la difficulté à la procréation. Enfin, 5,9% ont qualifié ces grossesses comme étant normales et 2,9% ont associé ces grossesses à l'idée du couple.

6.2.2. LES GROSSESSES PMA : GROSSESSES PRÉCIEUSES ?

100% des interrogées ont jugé que les grossesses issues de la science ont été précieuses. 8,3% n'ont pas justifié l'association entre les grossesses précieuses et la procréation médicalement assistée.

Cependant, 58,3% ont estimé ces grossesses plus précieuses que les autres. En effet, 29,3%

ont justifié cette association par l'idée de la difficulté et du stress, tandis que 12,5% l'ont justifié par l'investissement du couple dans cette grossesse tant désirée. Enfin, 8,3% ont évoqué le vécu psychologique de ce parcours.

D'autre part, 20,8% des sages-femmes ayant répondu, ont trouvé ces grossesses précieuses au même titre que les grossesses spontanées.

6.2.3. DEROULE DES GROSSESSES PMA

En ce qui concerne le déroulé de ces grossesses, 65% des sages-femmes l'ont décrit comme plus stressant, associé à des pathologies, et nécessitant un suivi plus soutenu ainsi qu'une surveillance et un accompagnement accrus. Au contraire, pour 30% des sages-femmes, le déroulé des grossesses issues de l'assistance médicale à la procréation a été jugé normal, identique aux autres grossesses, et similaire dans la pratique de la profession de sage-femme. Enfin, 5% ont évoqué un déroulé centré sur la psychologie.

6.2.4. INFLUENCE DES REPRESENTATIONS

De plus, les sages-femmes ont du répondre à une question concernant l'influence des représentations sur leur accompagnement et leur façon d'être auprès des patientes concernées par le parcours PMA.

50% ont estimé que leur comportement a été modifié par les représentations engendrées. Pour 45,5% d'entre elles, elles se sont trouvées plus rassurantes et empathiques, plus compréhensives et attentives lors de leur prise en charge de ces patientes. 27,3% ont modifié leur vocabulaire afin qu'il soit adapté et ont donné davantage d'explications. 18,2% ont orienté leur accompagnement afin de tendre vers une grossesse plus naturelle et physiologique, moins médicalisée et moins stressante. Pour finir, 9,1% ont jugé leur suivi plus rigoureux.

Les 50% restants n'ont pas vu leur accompagnement ou façon d'être modifiés par les représentations qu'ont pu leur inspirer ces grossesses. 33% seulement ont justifié leur réponse par leur adaptation à chaque femme, quel que soit son parcours.

6.3. CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES AU SUJET DE LA PMA

Les sages-femmes ont été interrogées sur leurs connaissances actuelles au sujet de la procréation médicalement assistée.

6.3.1. TECHNIQUES D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Tout d'abord, la question des techniques a été abordée. 83,3% ont évoqué la fécondation in vitro comme technique et 66,7% ont pensé à l'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde. 50% des sages-femmes ont connu et ont évoqué les dons d'ovocytes, de sperme, ainsi que l'insémination artificielle et la stimulation ovarienne. 33,3% ont connu le don d'embryon, et 8,3% ont pensé au transfert d'embryons congelés et au diagnostic préimplantatoire.

6.3.2. LES RISQUES DES GROSSESSES PMA

La question des risques pour ces grossesses issues de PMA a été posée. 91,7% ont pensé que ces grossesses avaient davantage de risques que les grossesses spontanées. 36,8% d'entre elles ont justifié leur réponse par les risques associés aux grossesses multiples et à la stimulation ovarienne. 26,3% ont illustré cette augmentation des risques par le risque de fausse couche en début de grossesse et 21,1% l'ont expliqué par la présence de pathologies sous-jacentes. Pour finir, 10,5% ont évoqué une majoration des risques liée au stress et à l'impact psychologique du parcours PMA. 5,3% ont justifié cette augmentation par la présence d'un donneur à certaines étapes du parcours.

6.3.3. SUIVI DES GROSSESSES PMA

Le recours auprès d'un gynécologue-obstétricien pour le suivi de grossesse a été évoqué au cours des entretiens. 91,7% des interrogées ont pensé qu'il n'était pas obligatoire d'être suivi par un gynécologue-obstétricien pour ces patientes tandis que 8,3% ont pensé que oui.

6.3.4. LE RESENTI DES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES

D'autre part, le ressenti des sages-femmes sur leur niveau d'information à ce sujet a été abordé. 58,3% ne se sont pas senties assez informées sur les techniques et le parcours PMA.

Les sages-femmes ont expliqué comment elles avaient été informées. 57,1% d'entre elles ont reçu toutes leurs connaissances durant leurs études et à la lecture d'articles, de livres traitant du sujet de la procréation médicalement assistée. 33,3% se sont instruites lors des stages, de la pratique professionnelle et par le récit de leurs patientes. Enfin, 9,5% ont tiré leurs connaissances de leur cas personnel.

6.3.5. COMPETENCES DES SAGES-FEMMES

Pour finir, les sages-femmes ont jugé si elles ont trouvé nécessaire, en tant que sage-femme, de posséder des compétences spécifiques pour suivre et accompagner de manière efficace ces grossesses. 66,7% n'ont pas pensé que des compétences spécifiques étaient requises pour assurer un accompagnement efficace. 87,5% d'entre elles ont justifié leur réponse. 71,4% des sages-femmes ayant justifié, ont estimé que les compétences de sages-femmes étaient suffisantes et appropriées, tandis que 28,6% ont pensé que le suivi n'a pas été différent après 12 semaines d'aménorrhée et ainsi que d'autres compétences n'étaient pas nécessaires.

Pour les 33,3% qui ont estimé que des compétences spécifiques ont été requises, 60% ont justifié leur avis par la présence de traitements particuliers et complexes en début de grossesse, alors que les 40% restants ont argumenté leur réponse par la nécessité d'un accompagnement psychologique plus complet notamment lors de l'entretien prénatal, ainsi que la présence de qualités humaines.

6.4. PRATIQUES DES SAGES-FEMMES

6.4.1. PRATIQUES LORS DES SUIVIS DE GROSSESSES

75% des sages-femmes ayant été interviewées n'ont pas pratiqué de suivis des grossesses. Les 25% réalisant des consultations ont suivi des patientes présentant un parcours PMA.

2/3 soit 66,7% ont reçu ces femmes en consultation dès le 3ème ou 4ème mois de grossesse, le tiers restant n'a pas donné de terme pour la première consultation. 66,7% d'entre elles ont réalisé avec ces femmes 6 consultations tout au long de la grossesse, et les 33,3% restants en ont effectué 8 au cours du suivi.

6.4.2. SEANCES DE PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE

100% des sages-femmes interrogées ont jugé les séances de préparation à la naissance importantes. 53,8% n'ont pas estimé ces séances plus nécessaires pour une patiente ayant un parcours d'AMP que pour une patiente présentant une grossesse spontanée. 38,5% les ont jugé importantes pour l'investissement de la grossesse, notamment avec la réalisation consciencieuse de l'entretien prénatal. Enfin, 7,7% ont doublé le temps prévu en séance de préparation à la naissance pour ces patientes.

En ce qui concerne le type de préparation à la naissance, 66,7% ont estimé qu'il dépendait de l'envie et du besoin des patientes et des couples.

16,7% se sont positionnés sur le nombre de participants lors des séances de préparation à la naissance pour ces patientes. 50% ont estimé que les séances en couple ont été plus appropriées alors que les 50% restants ont affirmé que les séances en groupe ont été nécessaires.

Les types de préparation à la naissance qui ont correspondu davantage aux besoins de ces patientes au parcours compliqué, d'après les sages-femmes, sont répertoriés dans la figure 3.

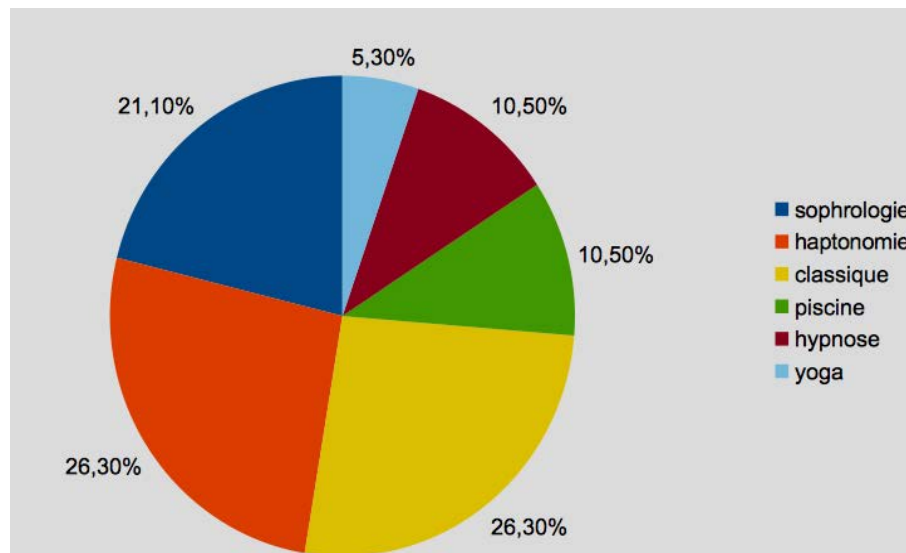


Figure 3 : types de préparation à la naissance

6.4.3. LES THERAPIES ALTERNATIVES

En ce qui concerne les thérapies alternatives, 66,7% des sages-femmes en ont proposé contre 16,7% qui n'en ont pas proposé, et 16,7% ne se sont pas prononcés. Lorsque des thérapies alternatives ont été proposées, 40% ont estimé le type et la fréquence semblables pour les patientes ayant une grossesse issue de l'assistance médicale à la procréation et pour les patientes présentant une grossesse spontanée. 26,7% ont jugé l'acupuncture adaptée, 20% ont proposé de l'homéopathie particulièrement à ces patientes. Enfin, 6,7% ont proposé de l'ostéopathie et 6,7% également ont estimé que l'hypnose a été appropriée.

6.4.4. LES HABITUDES OU ATTITUDES DES SAGES-FEMMES LES AIDANT LORS DE L'ACCOMPAGNEMENT DE CES GROSSESSES

D'autre part, 75% des sages-femmes n'ont pas pensé avoir des habitudes ou des attitudes particulières qui les aideraient à accompagner et personnaliser le suivi de ces femmes. Pour les 25% estimant avoir des habitudes ou attitudes particulières, 1/3, soit 33,3%, ont réalisé plus facilement une échographie afin de rassurer les patientes, 1/3 ont été attentives aux mots qu'elles employaient et pour le dernier tiers, elles se sont rendues plus présentes et plus joignables.

6.4.5. LES MOTS CLES CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT DES GROSSESSES PMA

Pour finir, les sages-femmes ont dû énoncer les mots clés qui ont correspondu, pour elles, à l'accompagnement des patientes ayant des grossesses issues d'AMP. 57,1% ont décrit des qualités nécessaires en tant que sage-femme, comme la patience, l'écoute, la bienveillance et la compréhension. 23,8% ont employé des mots évoquant leur accompagnement comme l'information, l'intégration dans les groupes notamment. De plus, 9,5% ont évoqué la difficulté du parcours et 4,8% ont associé l'accompagnement à la physiologie. Enfin, les 4,8% restants ont évoqué l'idée de n'avoir recours qu'à un seul professionnel de santé lors du suivi, afin de limiter les intervenants dans ces grossesses déjà largement médicalisées.

PARTIE 3 : LA DISCUSSION

Dans la première partie de ce travail de recherche, nous avons exposé les données de la littérature concernant l'assistance médicale à la procréation, les représentations et la pratique d'accompagnement.

Dans un second temps, après avoir formulé des objectifs et des hypothèses, les résultats de l'enquête ont été présentés.

Enfin, dans cette troisième partie, nous développerons l'analyse des résultats avec confirmation ou infirmation des hypothèses, ainsi que la discussion et les propositions découlant de cette analyse.

7. ANALYSE DES RESULTATS

7.1. LES REPRESENTATIONS DES SAGES-FEMMES

Afin de répondre à notre objectif secondaire, identifier les représentations qu'ont les sages-femmes par rapport aux grossesses issues de procréation médicalement assistée, nous avons interrogé les sages-femmes sur leurs représentations.

Les résultats de l'enquête montrent que les grossesses issues de la procréation médicalement assistée évoquent chez les sages-femmes des notions d'émotions, à savoir le stress et l'angoisse engendrés par la difficulté à procréer. De ces sentiments découlent une nécessaire réassurance et un accompagnement adapté comme le décrit une des interrogées : *« C'est cette capacité, enfin c'est réassurer toujours. C'est selon où elles en sont dans leur stade car il y a des femmes qui n'avaient plus confiance en leur capacité à être enceinte, à devenir mère du coup. C'est toujours le fait de réassurer. Réassurer le couple, la femme dans leurs capacités à devenir parents et avoir dépasser ce stade, ces épreuves. »*.

En effet, dans la première partie nous avons étudié le vécu du parcours de l'assistance médicale à la procréation. Celui-ci est décrit comme difficile, angoissant, majorant le stress avant et pendant la grossesse. L'inquiétude, omniprésente lors de la lutte pour la procréation, n'est qu'exacerbée et plus profonde à l'annonce de la grossesse. Cette détresse nouvelle justifie un accompagnement efficace et correspondant aux besoins du couple.

Ces grossesses sont jugées par la totalité des sages-femmes interrogées comme étant fortement désirées et précieuses à ce titre. La majorité d'entre elles les verbalise plus précieuses que les autres du fait de la difficulté du parcours et du stress constamment présent, ainsi que par l'investissement majeur dans ces grossesses. L'une des sages-femmes évoque cette notion de grossesse « précieuse » : « *Je pense que c'est surtout précieux psychologiquement pour les patients, car cela veut dire qu'ils ont galéré à avoir leur enfant, donc ils sont d'autant plus investis dans leur grossesse.* »

Dans la première partie, nous évoquons également le fait que ce parcours est à la fois une véritable épreuve et un vrai espoir, ce qui se retrouve dans les dires des sages-femmes. Elles jugent, pour une grande partie, le déroulé de ces grossesses stressant et associé à des pathologies. L'une des sages-femmes justifie le stress engendré au cours des grossesses issues de la PMA : « *Je pense que c'est stressant car il y a plus d'examens, plus d'échographies, Je pense que la patiente va consulter plus aux urgences car elle va être plus attentive aux petites choses, à ce qui se passe dans son corps.* » ou encore « *Souvent elles sont désirées depuis longtemps, donc du coup elles viennent plus souvent consulter pour perte de sang ou parce qu'elles sont inquiètes. Et donc oui, quand il y a une fausse couche ou quelque chose comme cela c'est d'autant plus difficile pour le couple d'accepter parce que cela revient d'un parcours qui est long, cela veut dire recommencer les hormones, recommencer tout ce parcours qui est assez long* ».

7.2. LEURS INFLUENCES SUR L'ACCOMPAGNEMENT

Les représentations engendrées par ces parcours compliqués auprès des sages-femmes sont énoncées précédemment. Ces dernières jouent sur l'attitude et l'accompagnement que délivrent les sages-femmes à ces patientes. En effet, dans la première partie, nous évoquons l'influence des représentations sur le comportement de l'humain et ses actions. Dans le domaine médical, les représentations vont orienter les actions effectuées par le professionnel de santé auprès du patient. Ce sont des codes aidant la sage-femme à comprendre l'environnement qui l'entoure. Elles régissent ses actions et son comportement afin d'intervenir au mieux auprès de ces couples, dans un environnement complexifié par des émotions intenses qu'est le parcours PMA.

La moitié des sages-femmes interrogées voit leur comportement modifié par les représentations alors engendrées.

Certaines se trouvent davantage rassurantes, empathiques et compréhensives : *«Je serai peut-être plus compréhensive de certaines petites choses, plus attentive à leurs doutes et angoisses»*.

Une autre sage-femme évoque le stress : *« Alors on est conscient que c'est un parcours difficile et en ce sens on va essayer de plus rassurer les patientes ou peut être plus leur expliquer en amont ce qui peut arriver pour qu'il y ait moins de stress et on sait que le stress peut avoir des impacts sur le déroulé de la grossesse »*.

D'autres adoptent un vocabulaire adapté et majorent les explications données aux patientes : *«Je pense que je ferai attention à ma façon de parler et je valoriserai plus leurs craintes. »*. Ou encore *« Je vais faire super attention aux mots que j'emploie c'est sûr, après il n'y a pas de mots particuliers que je leur dirai mais tous les mots qui peuvent avoir un double sens sont exclus de mon vocabulaire pour être sûre de ne pas les inquiéter. »*

Ces idées permettent de répondre à notre objectif secondaire qui est d'identifier les différentes terminologies employées envers les patientes ayant un parcours de procréation médicalement assistée.

Enfin, certaines pratiquent un suivi plus rigoureux, plus soutenu ainsi qu'une surveillance et un accompagnement accru : *« Oui on va être plus empathique je pense, on va plus avoir tendance à les rassurer et on va avoir un suivi vraiment rigoureux. »*

Quelques-unes présentant des habitudes particulières lors de la prise en charge de ces patientes les citent : *« Je ferai quand même plus facilement une échographie pour rassurer, avant qu'elles ne sentent le bébé bouger, je ne chercherai pas et ferai une écho pour rassurer»* ou également *« Alors c'est d'être présente. C'est à dire qu'elles peuvent facilement me contacter moi ou ma collègue, le fait de faire un suivi toujours le plus consciencieux possible. Et puis le fait d'être dans la bienveillance »*. Ainsi, certaines se rendent plus joignables et plus présentes pour ces femmes.

De ce fait, l'hypothèse « Les sages-femmes utilisent un vocabulaire choisi en fonction de l'histoire compliqué du début de grossesse » est validée.

7.3. LES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES

Dans la première partie, nous évoquons les techniques de procréation médicalement assistée connues et proposées à l'heure actuelle. La majorité des sages-femmes interrogées connaît la fécondation in vitro et l'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde. La plupart connaissent aussi l'insémination artificielle, les dons de gamètes et la stimulation ovarienne.

En revanche, peu d'entre elles citent le don d'embryon, le transfert d'embryons congelés ou encore le diagnostic préimplantatoire.

D'autre part, les risques liés à ces grossesses issues de la science semblent augmentés d'après la majorité des interrogées. Les risques associés aux grossesses multiples et à la stimulation ovarienne sont connus par les sages-femmes, tout comme le risque de fausse couche en début de grossesse et les risques découlant des pathologies sous-jacentes. Un petit nombre d'entre elles expliquent cette majoration des risques par la présence du stress et l'impact psychologique de ce parcours. *« Je dirai oui plus de risques avec les maux qui accompagnent cette grossesse et l'aspect psychologique. Peut-être même des menaces d'accouchement prématuré, dans le sens où elles ont besoin d'être suivie médicalement pour être sereines. Ainsi que l'origine qui a fait nécessiter une PMA, la pathologie sous-jacente.»*

Pour finir, les sages-femmes ne se sentent, pour la plupart, pas assez informées sur les techniques et le parcours d'AMP. Les connaissances qu'elles possèdent et qu'elles jugent insuffisantes, leurs ont été délivrées lors de leurs études et lors des stages pour la majorité. Une des interrogées explique son ressenti sur ses connaissances : *« Par les études oui, car c'est récent mais on n'est pas hyper informées des techniques. Il y a peu d'heures de cours, moi j'allais en stage avec des gynécologues qui faisaient de la PMA sinon ce n'est pas grand-chose. »*

Nous pouvons conclure que le ressenti des sages-femmes d'être peu informées infirme l'hypothèse « Les sages-femmes possèdent les connaissances concernant les techniques utilisées dans le cadre de la PMA ».

7.4. LES PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT

En ce qui concerne les pratiques d'accompagnement, plusieurs points sont abordés afin de répondre à l'intégralité de notre objectif principal, à savoir identifier la posture des sages-femmes lors du suivi et de l'accompagnement des grossesses issues de l'assistance médicale à la procréation.

7.4.1. LE SUIVI DE GROSSESSE

Tout d'abord, la sage-femme a pour compétence, comme nous l'avons vu dans la première partie, le suivi de grossesse physiologique. Effectivement, la Haute Autorité de Santé statue sur le type de suivi de grossesse en fonction des pathologies rencontrées. Lors d'une grossesse issue de PMA, le suivi ultérieur et le lieu d'accouchement sont laissés au libre choix de la patiente. Lorsqu'elle se déroule de manière physiologique, la sage-femme peut effectuer le suivi de grossesse tout comme le gynécologue-obstétricien si la patiente le souhaite. Cependant, lorsqu'un traitement d'infertilité a duré plus d'un an, un suivi de type A1 est recommandé. Le suivi A1 consiste à une prise en charge possible par la sage-femme ou par le gynécologue obstétricien, selon le choix de la patiente, avec un avis auprès du gynécologue-obstétricien fortement conseillé.

La plupart des interrogées pensent que le suivi n'est pas obligatoire auprès d'un gynécologue-obstétricien lorsque la grossesse est issue de l'assistance médicale à la procréation et que son déroulé est physiologique, ce qui correspond aux données de la littérature.

La plupart des sages-femmes pratiquant le suivi de grossesse et étant interrogées reçoivent les patientes au parcours PMA dès le troisième ou quatrième mois, une fois le premier trimestre terminé et prennent le relais du gynécologue exerçant au service d'AMP. La majorité des sages-femmes réorientent ces patientes en fin de grossesse vers un

gynécologue exerçant à la maternité choisie pour l'accouchement par le couple. D'après les sages-femmes, le suivi est donc conjoint. Effectivement, le suivi du premier trimestre est effectué auprès d'un gynécologue ainsi que les consultations du 8ème et 9ème mois. Une sage-femme témoigne de son expérience et de sa pratique : « *A chaque fois je les ai vues entre 3 et 4 mois pour la première consultation c'est à dire qu'elles venaient déjà avec un bilan du premier trimestre fait, avec l'échographie du premier trimestre parfois également faite avec le calcul de risque pour la trisomie 21. Donc après, c'est variable c'est à partir de quand je les ai vues, mais après voilà les consultations mensuelles entre le 3ème et le 8ème mois car le 9ème mois est assuré en général par la maternité.*»

Nous pouvons alors conclure que l'hypothèse « les sages-femmes effectuent un suivi alterné avec un obstétricien » est validée.

Les sages-femmes pratiquant le suivi de grossesse estiment avoir recours à une consultation par mois pour ces patientes, soit entre six et huit consultations selon le terme auquel elles commencent le suivi et celui auquel elle passe le relais à la maternité. Ces données se corrént à celles de la littérature puisque les recommandations évoquent un suivi semblable à toutes les grossesses physiologiques, soit un nombre identique de consultations et un suivi mensuel lorsque la grossesse se déroule sans anomalie.

De ce fait, l'hypothèse « les sages-femmes proposent des consultations prénatales de suivi de grossesse rapprochées par rapport à un suivi de grossesse naturelle » n'est pas validée.

7.4.2. LES SEANCES DE PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE

Ensuite, dans l'accompagnement des patientes au parcours difficile, plusieurs autres thèmes ont été étudiés. Les séances de préparation à la naissance notamment ont un rôle important dans l'investissement de la grossesse, dans la préparation à devenir mère et dans la gestion des possibles angoisses. Une sage-femme évoque ces séances de préparation pour aider les femmes au parcours PMA : « *Il faut les associer au groupe pour dire qu'elles deviennent maman comme tout le monde, difficile mais maman comme tout le monde.* ».

Pour la totalité des sages-femmes interrogées, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont nécessaires afin d'accompagner au mieux ces grossesses. La plupart pensent qu'elles n'ont pas de place plus importante pour les grossesses issues de l'AMP que pour les autres.

Cependant, celles qui estiment particulièrement les bienfaits de ces séances, l'expliquent par l'intérêt dans l'investissement de la grossesse et la gestion de l'anxiété alors omniprésente. Certaines accentuent cette nécessité par la réalisation d'un entretien prénatal consciencieux : « *Le gros du travail se fait en entretien prénatal mais il n'y en a qu'un et en début de grossesse. Ce n'est pas au moment où elles en ont le plus besoin peut être...* ». D'autres doublent leur durée de séance pour ces patientes au vécu long et douloureux : « *Ce n'est pas rare que je double le temps que je mets en préparation classique pour ces femmes. Après cela va dépendre du contexte, mais en général elles ont vraiment plus de questions. C'est facilement 1h30 par séance, en couple.* ».

Ces deux critères exposés et variant en fonction de l'histoire du début de grossesse montrent une adaptation des sages-femmes à ces patientes du fait de leur parcours d'assistance médicale à la procréation.

Le type de séances de préparation à la naissance et à la parentalité dépend pour la majorité de nos interrogées, des besoins et envies des patientes et non de leur parcours. La réalisation de séances en couple ou en groupe varie selon les sages-femmes. Certaines justifient leur choix de les intégrer dans des groupes : « *Comme pour un autre couple car cela vient tard dans la grossesse, je pense que je les aurais inclus dans des groupes « normaux »* » ou encore : « *Des préparations en groupe pour qu'elles se sentent comme tout le monde.* », et également « *On ne va pas encore les stigmatiser.* » et enfin « *pour prendre un peu de recul par rapport à leur situation et pour pas qu'elles se renferment dans leur bulle du parcours PMA.* ».

L'haptonomie, la préparation classique et la sophrologie sont davantage citées pour accompagner les patientes au parcours PMA lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. « *Déjà la classique pour se rassurer sur tous les maux de grossesse qui peuvent arriver, de manière physiologique* » mais également « *Plutôt classique mais ce n'est pas rare qu'on fasse une ou deux séances de sophrologie à la place d'une consultation pour les aider un petit sur la fin surtout par rapport à l'anxiété de l'accouchement.* ».

L'hypnose, les séances en piscine ou encore le yoga sont nettement moins évoquées.

Nous pouvons conclure que les sages-femmes écoutent et souhaitent répondre au mieux aux besoins et aux attentes de ces patientes lors des séances de préparation à la naissance, qui paraissent indispensables comme pour chaque femme enceinte. Le professionnel de santé qu'est la sage-femme oriente donc les patientes selon leurs besoins et leurs envies vers divers types de préparation à la naissance, une sage-femme le justifie même : « *Il faut rester à l'écoute de chacune, ce n'est pas parce que le parcours a été chaotique depuis le début qu'il faut un parcours type, parce qu'il y a eu PMA* ».

7.4.3. LES THERAPIES ALTERNATIVES

Lors de l'accompagnement des femmes enceintes la sage-femme peut proposer des thérapies alternatives pour prendre en charge de la manière la plus efficace possible. Selon ses formations, elle peut être amenée à pratiquer l'acupuncture, l'hypnose ou encore à prescrire de l'homéopathie pour répondre aux besoins des patientes. Dans le contexte de l'assistance médicale à la procréation et lors de leur prise en charge de ces patientes, la plupart des sages-femmes interrogées estiment proposer des thérapies alternatives. En effet, certaines répondent : « *S'ils sont réceptifs à des choses comme cela, après je le propose plutôt régulièrement.* » ou aussi « *Je propose dans tous les cas* ».

Les sages-femmes estiment les utiliser et les proposer de la même manière que la grossesse soit issue de PMA ou non. Effectivement, elles témoignent : « *Pas spécialement que pour elles. Dès qu'une femme en a besoin, peu importe le début de grossesse.* », « *Je leur propose à toutes de l'acupuncture dès qu'il y a besoin, quand on a la chance d'avoir des sages-femmes qui ont le DU en salle, même lorsque le suivi est normal, ou que la grossesse est spontanée. Pas plus qu'une autre.* ».

Enfin, les types de thérapies alternatives proposées à ces patientes sont cités par les sages-femmes. L'acupuncture, l'hypnose et l'homéopathie sont régulièrement évoquées : « *Lors des consultations en obstétrique quand elles disent qu'elles sont anxieuses on oriente, ici je sais qu'il y a hypnose, acupuncture, c'est assez souvent quand même.* », « *Oui il y a l'acupuncture, l'homéopathie,... c'est proposé dans le cursus habituel* ».

Nous pouvons conclure que les sages-femmes proposent des thérapies alternatives régulièrement et quand le besoin se fait sentir, indépendamment de l'histoire de la grossesse. Le type de thérapies alternatives proposé dépend des formations reçues par la sage-femme, de l'acceptabilité par la patiente et donc de la faisabilité, et non en fonction du parcours.

De ce fait, l'hypothèse « les sages-femmes orientent davantage les patientes présentant des grossesses issues de PMA vers des thérapies alternatives » n'est pas validée.

7.5. LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES

Dans la première partie ont été étudiées les compétences des sages-femmes auprès des patientes ayant un parcours d'assistance médicale à la procréation. En effet, la sage-femme peut suivre la grossesse physiologique et a pour devoir de rassurer et d'accompagner de la manière la plus appropriée possible ces femmes. Les sages-femmes interrogées estiment pour la plupart ne pas avoir besoin de compétences spécifiques pour accompagner les patientes au parcours PMA. Elles jugent leurs compétences de sage-femme suffisantes et appropriées pour leur pratique professionnelle et d'autres justifient leur avis par le fait que le suivi est semblable aux autres grossesses dès la fin du premier trimestre. « *Nos compétences de sages-femmes devraient être suffisantes, l'écoute dépend de chacune.* » et également « *Après, pour les suivis de grossesse il n'y a rien de plus à faire.* ».

Les autres sages-femmes qui jugent avoir besoin de compétences spécifiques, en tant que sage-femme, pour accompagner avec efficacité ces patientes, le justifient par la nécessité d'un accompagnement psychologique plus complet notamment lors de l'entretien prénatal : « *Au niveau accompagnement psychologique, c'est un gros point. Pour les entretiens prénataux, proposer un peu plus, un peu plus de temps surtout au début des grossesses. Une fois que la grossesse est démarrée. L'encadrement psychologique ne peut être qu'un plus je pense* ». Posséder des qualités humaines en tant que sage-femme est également évoqué pour être adaptée à ces femmes : « *Des qualités humaines, mais cela les sages-femmes savent faire en général.* ».

Enfin, la présence de bilans et traitements spécifiques en début de grossesse, peu connus par les sages-femmes, justifient d'après elles une formation spécifique : « *Pour tout ce qui est les bilans d'infertilité, je trouve que je ne suis pas assez calée, savoir quel bilan faire à partir de combien de fausses couches, je trouve que pour cela on n'est pas assez informées* », « *Après, au début, le moment clé de la PMA en elle-même oui, il faut clairement avoir des compétences spécifiques parce que des traitements sont difficiles (horaires etc). Le début de la grossesse en soi jusqu'à l'échographie des 12 semaines, cela va être très particulier car il y a des traitements supplémentaires (progestérone...)* ».

En outre, la majorité des sages-femmes estiment qu'il faut des qualités particulières pour être sage-femme et accompagner convenablement ces femmes. Elles citent régulièrement la patience, l'écoute, la bienveillance et la compréhension : « *L'écoute, la bienveillance, la compréhension, être compréhensive et savoir les rassurer* », « *Empathie, rassurer, informer* ». Lorsqu'elles évoquent leur accompagnement, elles expliquent également vouloir informer les femmes correctement de façon à ce qu'elles prennent possession de leur grossesse. Il leur semble nécessaire de les accompagner du mieux possible pour compenser les difficultés passées et l'impact psychologique que les échecs et le parcours PMA ont pu créer. L'écoute et la relation avec la patiente sont importantes également par le fait que de nombreux acteurs sont intervenus et que ces patientes ont besoin de stabilité : « *L'écoute, la relation avec une sage-femme sont primordiales car il y a déjà tellement de personnes qui sont intervenues* ».

8. DEVENIR DES HYPOTHESES

D'après les réponses apportées par les sages-femmes interrogées et par la littérature, les hypothèses précédemment évoquées ont pu être confirmées ou infirmées.

L'hypothèse « Les sages-femmes utilisent un vocabulaire choisi en fonction de l'histoire compliquée du début de grossesse » se confirme, ainsi que l'hypothèse « les sages-femmes effectuent un suivi de grossesse PMA alterné avec un obstétricien ».

Cependant, **les hypothèses « les sages-femmes proposent des consultations prénatales de suivi de grossesse rapprochées par rapport à un suivi de grossesse naturelle », « les sages-femmes orientent davantage les patientes présentant une grossesse issue de**

PMA vers des thérapies alternatives » et « les sages-femmes possèdent les connaissances concernant les techniques utilisées dans le cadre de la PMA » s'infirmement.

9. DISCUSSION

Les représentations sont étudiées depuis le XIX^{ème} siècle dans le cadre des sciences humaines. Notamment, Moscovici et d'autres chercheurs se sont intéressés à ce sujet et ont par conséquent établi leur définition et leurs conséquences sur l'Homme. Comme nous l'avons vu, elles sont le lien le plus intime avec l'environnement, elles permettent d'expliquer certains phénomènes humains et les actions qui en découlent. Les représentations individuelles se construisent donc par rapport à l'environnement et organisent les actions de chacun.

Le parcours long et difficile qu'est le parcours PMA engendre évidemment des représentations chez les personnes le rencontrant. La sage-femme guidant et accompagnant la femme tout au long de sa grossesse, est amenée à voir ses actions orientées en fonction des représentations individuelles naissant du parcours PMA. De plus, la notion de grossesse précieuse est encore bien présente dans les services d'obstétrique.

La plupart des sages-femmes identifie les modifications dans leurs actions au contact des patientes au parcours PMA, et tout comme les représentations sont individuelles et personnelles, ces modifications sont dépendantes et personnelles aux sages-femmes. Des attitudes similaires sont tout de même retrouvées.

La littérature ainsi que les données délivrées lors des études et lors des stages enrichissent les représentations des sages-femmes sur la procréation médicalement assistée. En effet, les sages-femmes interrogées décrivent la PMA comme difficile, stressante et angoissante dans le vécu du parcours et tout au long de la grossesse, bien que souvent physiologique. Cette notion de parcours complexe à impact psychologique est retrouvée également dans la littérature.

Tout comme dans la littérature, la notion du suivi de grossesse PMA par la sage-femme est précise. Les sages-femmes évoquent un suivi alterné avec l'avis d'un gynécologue-

obstétricien en début et en fin de grossesse, comme la Haute Autorité de Santé le recommande.

En revanche, seules les techniques de PMA les plus pratiquées sont connues des sages-femmes, à l'instar des techniques moins répandues comme le don d'embryon ou le transfert d'embryons congelés. Les sages-femmes savent que les risques sont augmentés mais ne sont que peu précises sur ces derniers. La notion de stress et d'impact psychologique est omniprésente. Les sages-femmes ne se sentent pas assez informées sur la procréation médicalement assistée, tant sur le parcours que sur les techniques.

Comme dans la littérature, elles ne citent globalement pas de compétence spécifique pour le suivi et l'accompagnement des grossesses PMA en tant que sage-femme. Leurs remarques tendent davantage vers des qualités également requises dans d'autres suivis et accompagnements.

En étudiant les critères d'inclusion et de non inclusion, nous remarquons la diversité des sages-femmes interrogées. En effet, des sages-femmes exerçant dans des maternités de différents niveaux ont été interviewées (niveau 1, niveaux 2A et 2B), situées dans des milieux ruraux ou citadins. Elles exerçaient dans des services différents (salle de naissance, urgences gynécologiques et obstétricales, grossesses à haut risque, consultations), cette mobilité les rend toutes en contact avec des femmes enceintes possédant un parcours d'AMP. Cette diversité a enrichi les réponses et les points de vue énoncés.

Ensuite, des sages-femmes libérales ont été interrogées, l'une exerçant en cabinet de ville et l'autre en cabinet rural ce qui a permis une certaine richesse dans les réponses et la manière d'accompagner.

La diversité présente dans l'année d'obtention du diplôme pour nos interviewées, a permis d'enrichir les réponses également. Effectivement, chacune se référait aux données évoquées lors des études, or ces données ont évolué et sont en constante évolution.

Les sages-femmes n'ayant pas été préalablement sélectionnées, le biais de sélection est donc minimisé.

Le choix de ne pas inclure des sages-femmes ayant exercé ou exerçant dans les services d'AMP a permis de réduire le biais d'information lors du questionnement sur les

connaissances.

D'autre part, l'anonymisation a permis de réduire le biais d'information car aucun enjeu n'existait pour les sages-femmes répondant à l'entretien.

10. PROPOSITIONS

Après nous être référés à nos résultats, nous pouvons conclure que les représentations engendrées par le parcours PMA auprès des sages-femmes influencent l'accompagnement des patientes présentant ce type de parcours. En effet, les actions des sages-femmes auprès des patientes sont modifiées. Les sages-femmes utilisent pour la plupart un vocabulaire adapté et choisi en fonction de la situation, de manière à être rassurantes et à l'écoute. D'autre part, les explications données sont majorées et les sages-femmes se considèrent plus empathiques et plus compréhensives. Le suivi de ces patientes est plus rigoureux et consciencieux d'après elles. Elles proposent des thérapies alternatives et intègrent les séances de préparation à la naissance de la même manière pour une femme présentant un parcours PMA ou une grossesse spontanée. Elles sont toutefois plus joignables, plus présentes, et allient patience et bienveillance dans leur accompagnement. Leur pratique est modifiée, ce qui est justifié par la notion de difficulté et de stress liés à l'AMP.

Cependant, les sages-femmes ne se sentent pas assez informées sur les techniques et le parcours de PMA, et sont en demande de formations ou d'informations sur le sujet. Elles estiment leurs compétences suffisantes mais leurs connaissances incomplètes. Ce manque d'informations pourrait être jugulé par des courtes formations après le diplôme pour les intéressées, ainsi que par la présence d'un stage obligatoire dans les services d'AMP lors des études. Une fiche reprenant les différentes techniques d'AMP pourrait être créée et mise à disposition des sages-femmes et des étudiantes sages-femmes afin de récapituler les idées principales et également une fiche sur les risques particuliers obstétricaux des grossesses issues de PMA.

Il serait intéressant de réaliser une étude sur les sages-femmes qui exercent dans les services d'AMP, afin de connaître leur ressenti lors de leur prise de poste en fonction de leur date de diplôme et donc des connaissances qui leur ont été apportées lors de leurs études.

CONCLUSION

Lors de nos stages dans les différents services d'obstétrique, nous rencontrons des patientes ayant eu recours à la procréation médicalement assistée pour accéder à la maternité. Les sages-femmes accompagnent et suivent constamment ces femmes à différents stades de la grossesse. Les données de la littérature sont peu nombreuses sur l'accompagnement délivré par les sages-femmes. Toutefois, de nombreuses études ont pour sujet la complexité émotionnelle de ce type de parcours, ainsi que les représentations qu'il peut faire naître.

La problématique de cette étude était donc la suivante : En quoi les représentations des sages-femmes influencent les pratiques d'accompagnement des patientes qui présentent une grossesse issue de la procréation médicalement assistée ?

Afin de répondre à cette dernière, l'objectif principal de ce travail de recherche était d'identifier la posture des sages-femmes lors du suivi et de l'accompagnement des grossesses issues de l'assistance médicale à la procréation. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les représentations qu'ont les sages-femmes par rapport à ces grossesses et les différentes terminologies employées envers les patientes ayant un parcours de procréation médicalement assistée.

Grâce aux résultats obtenus, nous avons mis en évidence que les sages-femmes sont amenées à voir leurs actions orientées en fonction des représentations qu'engendrent pour elles les grossesses issues de l'assistance médicale à la procréation. De ces représentations, bien que personnelles et propres à chacune, découlent des actions similaires. En effet, les sages-femmes associent les grossesses issues de la procréation médicalement assistée à des notions de difficulté, de stress et d'angoisse. Elles les jugent précieuses et ainsi, elles s'adaptent à la patiente et à son parcours en modifiant leur comportement. Elles sont davantage rassurantes et empathiques. Certaines emploient un vocabulaire choisi pour minimiser le stress lors de différents moments de la grossesse. Un suivi plus rigoureux est pratiqué, alterné avec des consultations auprès d'un gynécologue-obstétricien. Enfin, certaines se rendent plus présentes et joignables pour

ces patientes au parcours difficile, toujours de manière à les rassurer.

Il existerait donc une réelle influence des représentations des sages-femmes sur leur comportement lors du suivi et de l'accompagnement des grossesses issues de la procréation médicalement assistée.

Les hypothèses qui étaient les suivantes ont été invalidées : les sages-femmes proposent des consultations prénatales de suivi de grossesse rapprochées par rapport à un suivi de grossesse naturelle, les sages-femmes orientent davantage les patientes présentant une grossesse issue de la procréation médicalement assistée vers des thérapies alternatives et les sages-femmes possèdent les connaissances concernant les techniques utilisées dans le cadre de la procréation médicalement assistée.

Un apport de connaissances sur les techniques de procréation médicalement assistée, les risques associés à ce type de grossesse et les réglementations semble nécessaire pour palier à ce déficit d'informations, des fiches informatives exposant les techniques d'assistance médicale à la procréation actuelles et les risques particuliers obstétricaux associés aux grossesses issues de la procréation médicalement assistée pourraient être mises à disposition des sages-femmes et des étudiants sages-femmes. De plus, un stage obligatoire au centre d'assistance médicale à la procréation et des formations après le diplôme pour les intéressées pourraient devenir une autre source d'informations pour les sages-femmes et les étudiants sages-femmes.

Le sujet de cette enquête a été un atout de par l'importance du nombre de grossesses issues de l'assistance médicalement assistée. En effet, chaque jour les sages-femmes sont en contact avec des patientes présentant ce type de parcours à différents stades de la grossesse. La diversité des services dans lesquels exerçaient les interrogées ainsi que les différentes générations de diplômées, et donc de formations, ont présenté un point fort pour la richesse de notre étude. Il serait intéressant d'augmenter l'effectif de la population étudiée, ainsi que réaliser une enquête sur le ressenti des sages-femmes à leur prise de poste au service d'assistance médicale à la procréation.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] L'infertilité. Médecine unige, [en ligne]. (Consulté le 02/01/18). Disponible sur http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2010_2011/travaux/11_r_infertilite.pdf
- [2] Recours à la fécondation in vitro fortement augmenté en Europe. Six actualité, [en ligne]. (Consulté le 11/01/18). Disponible sur <https://sixactualites.fr/sante/de-fiv-recours-a-cette-forme-de-procreation-assistee-a-fortement-augmente-europe/36391/>
- [3] Assistance médicale à la procréation. Inserm, [en ligne]. (Consulté le 08/08/17). Disponible sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp>
- [4] Procréation assistée. Fqpn, [en ligne]. (Consulté le 08/08/17). Disponible sur <http://www.fqpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2014/11/procreationassistee2014.pdf>
- [5] L'Amp en France: sommes nous à l'aube d'une nouvelle ère?. Université de lorraine, [en ligne]. (Consulté le 06/01/18). Disponible sur http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2012_DE_MAESTRI_BARBARA.pdf
- [6] Parcours fiv ou icsi. PMA Fc, [en ligne]. (Consulté le 06/01/18). Disponible sur <https://www.pma-fc.fr/page-parcours-fiv-ou-icsi,151.html>
- [7] Icsi. Fiv France, [en ligne]. (Consulté le 11/01/18). Disponible sur http://www.fivfrance.com/page_icsi.html
- [8] Livret d'accueil fiv 2015. CHU tours, [en ligne]. (Consulté le 11/01/18). Disponible sur http://www.chu-tours.fr/assets/files/pdf/fiv/Livret_accueil_fécond_in_vitro2015.pdf
- [9] Vos droits. Service public, [en ligne]. (Consulté le 08/08/17). Disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31462>

[10] Les techniques de procréation médicalement assistée. Parents,[en ligne]. (Consulté le 08/08/17). Disponible sur <http://www.parents.fr/envie-de-bebe/pma/pma-les-techniques-de-procreation-medicalement-assistee-77869>

[11] Doc vadis. Amp Metz, [en ligne]. (Consulté le 24/01/18). Disponible sur <https://www.docvadis.fr/amp.metz/l-amp-a-metz/>

[12] Procréation médicalement assistée. Procréation médicale, [en ligne]. (Consulté le 08/08/17). Disponible sur <https://www.procreation-medicafe.fr/>

[13] Fermon L. Analyse des pratiques d'Assistance Médicale à la Procréation. L'Harmattan, Janv 2011 ; p134.

[14] Barnéoud L. La Procréation assistée ? Comprendre vite et mieux. Info Graphie, Belin, Août 2013 ; p79.

[15] Grossesse et fiv. Fiv France, [en ligne]. (Consulté le 21/12/17). Disponible sur http://www.fivfrance.com/page_grossesse_et_fiv.html

[16] Risques et complications de la fiv. IVF, [en ligne]. (Consulté le 11/01/18). Disponible sur <http://www.ivf.at/fr-fr/behandlung/risikenkomplikationen.aspx>

[17] Quels sont les risques liés à la fécondation in vitro?. E-santé, [en ligne]. (Consulté le 11/01/18). Disponible sur <http://www.e-sante.fr/quels-sont-les-risques-lies-fecondation-in-vitro-fiv/actualite/877>

[18] Sexualité: le couple à l'épreuve de l'éprouvette. Psychologies, [en ligne]. (Consulté le 21/12/17). Disponible sur <http://www.psychologies.com/Famille/Maternite/Sterilite/Articles-et-Dossiers/La-Fecondation-in-Vitro-30-ans-plus-tard/Sexualite-le-couple-a-l-epreuve-de-l-eprouvette>

[19] Impact de certaines procréations médicalement assistées complexes sur le vécu de la maternité. Edbs, [en ligne]. (Consulté le 02/01/18). Disponible sur [https://eds-b-ebSCOhost-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/eds/results?vid=7&sid=adead34c-e5e6-4859-9e32-37bc951e604a%40sessionmgr103&bquery=\(pma+AND+vécu\)&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmY2xpMD1GVDEmY2x2MD1ZJmxhbmc9ZnImdHlwZT0wJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d](https://eds-b-ebSCOhost-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/eds/results?vid=7&sid=adead34c-e5e6-4859-9e32-37bc951e604a%40sessionmgr103&bquery=(pma+AND+vécu)&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmY2xpMD1GVDEmY2x2MD1ZJmxhbmc9ZnImdHlwZT0wJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d)

[20] Frydman R. Les Procréations Médicalement Assistées. Que sais-je, Presses Universitaires de France. Dec 1991 ; 2635, p127.

[21] Vécu psychologique des femmes receveuses en attente d'un don d'ovocytes en procréation médicalement assistée. Université de lorraine, [en ligne]. (Consulté le 02/01/18). Disponible sur http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2011_Medecine_EvansMary.pdf

[22] La grossesse unique après fiv, une grossesse comme les autres?. Université de Lorraine, [en ligne]. (Consulté le 02/01/18). Disponible sur http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_SIMON_JULIEN.pdf

[23] Psychopathologie et procréation médicalement assistée: comment les couples infertiles élaborent-ils la demande d'enfant ?. Cairn, [en ligne]. (Consulté le 02/01/18). Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-devenir-2008-2-page-135.htm>

[24] Un parcours motivé par l'amour: impact d'un parcours fiv sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare. Université de lorraine, [en ligne]. (Consulté le 06/01/18). Disponible sur http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2014_MICHEL_NOEMIE.pdf

[25] Grossesse après fiv. FIV, [en ligne]. (Consulté le 11/01/18). Disponible sur <https://www.fiv.fr/grossesse-apres-fiv/>

[26] Etre mère après l'amp. Parents, [en ligne]. (Consulté le 15/03/18). Disponible sur <http://www.parents.fr/grossesse/psycho-sexo/etre-mere-apres-lamp-201920>

[27] Koepfel B. Le devenir psychologique des femmes ayant accouché après procréation médicalement assistée. Convention référencée 9/93. Nov 1996 ; p113.

[28] Serétariat d'Etat chargé du droit des femmes. Procréations Médicalement Assistées, Auditions et Réflexions. Droits des Femmes, Janv 1991 ; p130.

[29] Ce qui a précédé la grossesse, les débuts de la grossesse. INPES, [en ligne]. (Consulté le 16/05/18). Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3.pdf>

[30] Le concept de représentation. Daimon, [en ligne]. (Consulté le 16/05/18). Disponible sur <http://daimon.free.fr/mediatrices/representations.html>

[31] Suivi de début de grossesse. AMP Mathilde, [en ligne]. (Consulté le 12/10/17). Disponible sur <https://www.amp-mathilde76.fr/et-apres/suivi-de-debut-de-grossesse/>

[32] La fertilité. Institut rhonalpin,[en ligne]. (Consulté le 12/10/17). Disponible sur <http://www.institut-rhonalpin.com/la-fertilite/la-reussite.html>

[33] Guide AMP. Institut rhonalpin, [en ligne]. (Consulté le 12/10/17). Disponible sur <http://www.institut-rhonalpin.com/19/guideamp-bd.pdf>

[34] FAQ. PMA, [en ligne]. (Consulté le 21/12/17). Disponible sur <https://www.pma-fc.fr/faq,3.html>

[35] L'insémination artificielle. Materneo, [en ligne]. (Consulté le 21/12/17). Disponible sur <http://www.materneo.com/fertilite/techniques/la-sterilite-pma-linsemination-artificielle/ia2.html>

[36] L'accompagnement. PMA chc, [en ligne]. (Consulté le 21/12/17). Disponible sur <http://pma.chc.be/La-procreation-medicalement-assistee/L-accompagnement.aspx>

[37] Vocation sage-femme, [en ligne]. (Consulté le 06/01/18). Disponible sur <http://www.em-consulte.com/revue/VSF/16/125/table-des-matieres/>

[38] Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Haute Autorité de Santé, [en ligne]. (Consulté le 16/01/18). Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

[39] Suivi des femmes enceintes. Has, [en ligne]. (Consulté le 16/01/18). Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

[40] Les solutions à l'infertilité. Collège national des gynécologues obstétriciens français, [en ligne]. (Consulté le 16/01/18). Disponible sur <http://www.cngof.fr/infertilite/323-les-solutions>

[41] Assistance médicale à la procréation hôpital maternité de Metz. CHR Metz Thionville, [en ligne]. (Consulté le 08/08/17). Disponible sur <http://www.chr-metz-thionville.fr/unite-de-soins/assistance-medicale-a-la-procreation-hopital-maternite-de-metz>

[42] Sage-femme en assistance médicale à la procréation: d'hier à aujourd'hui et demain?. Université de Lorraine, [en ligne]. (Consulté le 06/01/18). Disponible sur http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_AL_ATRASH_CHADIA.pdf

[43] Sophrologie et PMA. Fiv, [en ligne]. (Consulté le 02/01/18). Disponible sur <https://www.fiv.fr/sophrologie-pma-fiv/>

[44] L'expérience d'une sage-femme dans la création d'une unité de fiv. Cairn, [en ligne]. (Consulté le 06/01/18). Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-spirale-2004-4-page-137.htm>

[45] Accompagnement Fiv par l'hypnose. Sage-femme Montpellier, [en ligne]. (Consulté le 06/01/18). Disponible sur <http://sagefemme-montpellier.com/accompagnement-pma-fiv->

hypnose/

Demerlé-Roux C. La PMA: la procréation médicalement assistée,

Fermon L. Analyse des pratiques d'assistance médicale à la procréation,

Frydman R. Le droit de choisir,

Lansac J. L'assistance médicale à la procréation en pratique,

Gonzales J. Histoire de la procréation humaine: croyances et savoirs dans le monde,

Barruyer C. Mieux vivre avec un enfant né de PMA,

Albin M. Malaise dans la procréation,

Laffon R. Enfants du don,

Jouannet P. Procréation médecine et don,

Barruyer C. Mieux vivre avec une PMA,

Frydman R, Rufo M, Schilte C. Vouloir un enfant, p170-221.

De femmes en FIV à femmes enceintes

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Fiche d'informations

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

Je suis Marine Trognon, étudiante sage-femme à l'école de Metz et je réalise mon mémoire de fin d'étude sur les représentations des sages-femmes, sur l'accompagnement des patientes présentant une grossesse issue de PMA. Je souhaiterais donc, à partir de votre expérience professionnelle, découvrir comment vous accompagnez une patiente dont la grossesse est issue de procréation médicalement assistée.

Représentations des sages-femmes :

- Quels sont les trois premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand sont évoquées les grossesses issues de PMA ?
- Pensez-vous qu'une grossesse PMA soit précieuse ?
- Qu'évoque pour vous l'association « grossesse précieuse » et PMA ?

Question de relance : Quel sens donnez-vous au terme « précieux » ?

Question de relance : Comment qualifieriez-vous le déroulé d'une grossesse issue d'un parcours PMA ?

- En quoi les représentations qu'engendrent les grossesses issues de PMA pour vous, sont un paramètre influençant votre accompagnement, votre façon d'être auprès de ces patientes ?

Connaissances des sages-femmes au sujet de la PMA :

- Quelles techniques de PMA connaissez vous ?

Question de relance : Pouvez vous énoncer les différentes techniques de PMA ?

- Selon vous, les grossesses issues de PMA ont-elles plus de risques ?
- La patiente ayant une grossesse issue de l'assistance médicale à la procréation a-t-elle recours à des consultations auprès d'un gynécologue-obstétricien ?

Si oui, combien ?

- Vous trouvez-vous assez informé(e) sur les techniques et le parcours de procréation médicalement assistée ?

- Comment avez-vous été informée sur la fréquence des techniques et le parcours PMA ?

Question de relance : En quoi des compétences spécifiques sont nécessaires pour suivre et accompagner les grossesses issues de l'AMP de manière efficiente?

Pratiques des sages-femmes :

- Si vous effectuez des suivis de grossesse, suivez-vous des femmes enceintes suite à un parcours de procréation médicalement assistée ?

Si oui, combien de consultations compte ce suivi de grossesse ?

Si non pourquoi ?

- Quelle place accordez-vous aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité lors des grossesses issues de l'AMP?

Question de relance : Vers quel type de préparation à la naissance et à la parentalité orientez-vous ces patientes ?

- Lors de votre prise en charge d'une patiente présentant un parcours AMP, quelles thérapies alternatives proposez-vous à ces femmes ?

(Question de relance : A quelle fréquence les proposez-vous ?)

- Pensez-vous avoir des habitudes/attitudes particulières qui vous aident à accompagner, à personnaliser le suivi de ces femmes ? Si oui, quelles sont ces habitudes/attitudes ?
- Quels sont les mots clés qui correspondent à l'accompagnement de ces patientes ?
- Vous êtes un homme ? Une femme ?
- Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?
- Actuellement, dans quel service exercez-vous ?
- Avez-vous bénéficié d'une formation diplômante/non diplômante ? La/lesquelles ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ? Je vous remercie.

ANNEXE II : FICHE D'INFORMATIONS

Les techniques de Procréation Médicalement Assistée

Insémination artificielle : introduction des spermatozoïdes du conjoint ou d'un donneur dans la cavité utérine, après stimulation hormonale

Fécondation in vitro : après stimulation hormonale et ponction d'ovocytes, mise en culture des ovocytes et des spermatozoïdes puis transfert d'embryon directement dans la cavité utérine

Fécondation in vitro ICSI : après stimulation hormonale et ponction d'ovocytes, injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde sélectionné dans l'ovocyte, suivi de culture et de transfert d'embryon

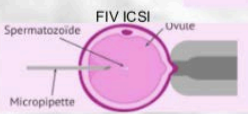
Les mêmes techniques peuvent aussi être réalisées avec les gamètes d'un tiers donneur : **don d'ovocytes, de spermatozoïdes, d'embryons**

Les embryons surnuméraires peuvent être congelés dans l'azote liquide puis replacés à distance : **congélation d'embryons et transfert d'embryon congelé**

Insémination artificielle

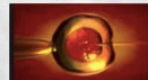


Fécondation in vitro



Les risques d'une grossesse issue de l'Assistance Médicale à la Procréation

- Le risque de réponse excessive lors de la stimulation c'est à dire un **syndrome d'hyperstimulation ovarienne**, avec consécutivement un risque de **pathologie thromboembolique**.
- **Risque augmenté de torsion** d'ovaire en début de grossesse lié à la stimulation
- **La grossesse multiple** : 20% contre 1% en population générale
- Le recours à une FIV n'induit **pas plus de malformations congénitales ni de maladie génétique**, sauf parents eux-mêmes porteurs.
- **Grossesse extra-utérine (GEU)** : de 1% dans la population générale à 4% dans la population ayant recours à la PMA.
- **Les avortements spontanés** : 20% d'avortements spontanés ont lieu contre 15% en cas de grossesse spontanée.
- Il y a un risque de **prématurité et de RCIU** multiplié par 5 après AMP, et pas uniquement quand la grossesse est multiple.
- Les grossesses après FIV présentent un risque accru de toutes les pathologies obstétricales : **HTA, prééclampsie, HRP, diabète gestationnel, RPM**.
- Les grossesses issues d'AMP ont plus de risque de se conclure par une **césarienne**, même s'il s'agit d'une grossesse unique.
- Et bien sûr il faut garder en tête les possibles **conséquences psychologiques** de ce parcours long et difficile



Influence des représentations des sages-femmes sur l'accompagnement des grossesses issues de la procréation médicalement assistée.

Etude épidémiologique observationnelle des pratiques professionnelles, par des entretiens individuels, multicentriques, auprès de 12 sages-femmes de Lorraine entre septembre et décembre 2018

Résumé:

Introduction: L'assistance médicale à la procréation est un sujet d'actualité concernant une partie considérable de la population française. Par ailleurs, les techniques de cette aide précieuse sont en constante évolution. Les sages-femmes accompagnent donc régulièrement des patientes et des couples présentant un parcours de procréation médicalement assistée. Un accompagnement adapté semble nécessaire au bon déroulement des grossesses issues de la procréation médicalement assistée. De plus, il paraît intéressant d'étudier l'influence des représentations existant chez les sages-femmes, sur leur accompagnement de ces patientes. Une problématique a donc émergé : En quoi les représentations des sages-femmes influencent les pratiques d'accompagnement des patientes qui présentent une grossesse issue de la procréation médicalement assistée ? **Méthode:** Nous avons réalisé une étude par des entretiens auprès de sages-femmes exerçant dans différents services. Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle des pratiques professionnelles, multicentrique, auprès de 12 sages-femmes de Lorraine entre septembre et décembre 2018. L'objectif principal est d'identifier la posture des sages-femmes lors du suivi et de l'accompagnement des grossesses issues de l'assistance médicale à la procréation. **Résultats:** Les résultats de ce travail de recherche ont montré que les sages-femmes voient leurs actions orientées par les représentations engendrées par le parcours de procréation médicalement assistée. Des actions similaires sont retrouvées, comme l'utilisation d'un vocabulaire adapté et un suivi plus rigoureux, bien que les représentations soient personnelles à chacune. **Conclusion:** Cette étude montre qu'il existe une réelle influence des représentations des sages-femmes sur leur comportement lors du suivi et de l'accompagnement des grossesses issues de la procréation médicalement assistée. Cependant, un échantillon plus important d'interrogées permettrait d'affiner les résultats.

MOTS CLES : SAGE-FEMME, PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE, ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION, ACCOMPAGNEMENT, REPRESENTATIONS

Abstract: Midwives representations influence on practices for the medical and psychological care of ART pregnancies.

Introduction: Assisted Reproductive Technologies (ART) is a current topic. Infertility affects about 15 to 20 % of couples of childbearing age. Furthermore, techniques constantly evolve. Regularly, midwives support patients who needed these ART. An adapted support will allow a better pregnancy course., Furthermore, studying the influence of midwives' representations on support looks interesting. A problem appears : How midwives representations influence their practices for the medical and psychological care of this kind of patients ? **Methods:** We performed midwives' interviews. They worked in different departments. We carried out an observational epidemiological multicenter study of professional practices with 12 midwives who worked in Lorraine, between September and December 2018. Our goal is to identify midwives behaviour during the follow-up and the support of ART pregnancies. **Results:** We found that midwives actions are changed by ART representations. Many actions are similar, for example adapted vocabulary, a more rigorous follow-up, even if representations are individual. **Conclusion:** This research shows the existence of a real influence of midwives representation on their actions and their ART pregnancies support. However, a larger sample will refine the results.

KEY WORDS : MIDWIFE, ART, SUPPORT, REPRESENTATIONS